



**António Pedro Freire
Ribeiro**

**Imagens da velhice em profissionais que trabalham
com idosos**



**António Pedro Freire
Ribeiro**

**Imagens da velhice em profissionais que trabalham
com idosos**

Enfermeiros, Médicos e Técnicos de Serviço Social

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Geriatria e Gerontologia, realizada sob a orientação científica do Professora Doutora Liliana Xavier Marques Sousa, Professor Auxiliar com agregação da Secção Autónoma de Ciências de Saúde da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho ao meu filho Pedro porque nele revejo a minha imagem e a minha mulher Patrícia pela compreensão na realização deste trabalho.

“ Rugas”
Já começo a ter as primeiras rugas
Rugas
Começam-me a nascer as primeiras rugas
Rugas de chorar
Rugas de sorrir
Rugas de cantar
Rugas de sentir

Rugas....

António Variações

o júri

presidente

Doutor Carlos Fernandes da Silva
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa
Professor Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro (Orientadora)

Doutor António Manuel Godinho da Fonseca
Professor Auxiliar da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa

agradecimentos

Agradeço a todas as pessoas pela participação e interesse demonstrado na recolha dos dados e em especial aos meus colegas do Laboratório de Investigação: Daniela Figueiredo, Henrique Vicente, Margarida Cerqueira, Marta Patrão e Sofia Rodrigues.

palavras-chave

Imagens, idosos, velhice, envelhecimento, profissionais, idadismo, velhismo

resumo

A imagem é uma entidade, por natureza, implícita, inconsciente, complexa e multidimensional. Quando se relaciona com fenómenos sociais como a velhice e o envelhecimento assume juízos e interpretações positivos, negativos e/ou neutros. Na sua génese são formados rótulos mais negativos e discriminatórios que podem assumir a designação de idadismo/velhismo. Na relação profissional entre idosos, enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social, há uma influência inequívoca desses fenómenos, pois fazem parte da sociedade, da cultura e da época. Este estudo centra-se nas imagens da velhice e do envelhecimento emergentes nos profissionais que trabalham com idosos (enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social) e como estas podem interferir nos cuidados e apoios prestados.

Para atingir esse objectivo utilizamos um questionário sócio-demográfico e a escala ImAges (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002), aplicados a uma amostra de 60 enfermeiros, 60 médicos e 60 técnicas de serviço social. Para além disso aplicou-se a 60 engenheiros, uma profissão que se distingue das anteriores por não actuar no apoio aos idosos.

Os principais resultados indicam que apesar de o corpo técnico-científico e profissional diferir entre os profissionais, as imagens da velhice são similares. Para todos os grupos profissionais salienta-se que as imagens se compõem por 3 factores: principalmente, “maturidade, actividade, e afectividade” e “incompetência relacional e cognitiva”; e, com menos destaque, “dependência, tristeza e antiquado”. Deste modo, as imagens comportam aspectos positivos e negativos, são inconsistentes (apontam por exemplo, maturidade e incompetência relacional) e multi-dimensionais (envolvem aspectos funcionais, sociais, cognitivos, afectivos). As variáveis sexo, idade, experiência de trabalho com idosos e zona de residência têm pouco impacto na diferenciação das imagens.

A organização das imagens em grupos possibilitou a emergência de 3 imagens: i) incompetência, dependência e imaturidade (43,8% dos sujeitos); ii) competência, independência e maturidade (13,8%); iii) competência, independência e maturidade moderadas (42,1%). Assim, salienta-se o predomínio das imagens negativas e o menor número de sujeitos com imagens positivas. Comparando o predomínio destes grupos de imagens pelas profissões verifica-se que: i) nos engenheiros predominam as imagens mais negativas (incompetência, dependência e imaturidade); ii) nos enfermeiros e médicos predominam as imagens moderadas (competência, independência e maturidade); e iii) nas técnicas de serviço social predominam as imagens mais positivas (competência, independência e maturidade). Os resultados deste estudo realçam que as imagens profissionais estão sujeitas a uma influência inequívoca das regras sociais e culturais. A formação especializada nestas áreas poderá ser uma forma de adequar e retirar estereótipos à forma como os profissionais *olham* a velhice e o envelhecimento.

keywords

Images; ageing; elderly; professionals; ageism.

abstract

Images tend to have an unconscious, complex and multidimensional nature. When related to social phenomenon, as ageing, they may assume positive, negative and/or neutral judgments and interpretations. The tendency for negative and discriminatory images towards the elderly and the ageing process has been designated by ageism. This process has an unequivocal influence on the relation that nurses, physicians and social workers (those professionals that work more with elderly persons) establish with the aged ones, since professionals are members of the society and culture. Those professionals, from health and social action field, have a vital impact in assuring a continuous improvement on the quality of care and optimisation of the existing resources regarding elderly persons. This study aims at identifying the images of ageing in nurses, physicians and social workers, e.g. in the professionals areas more related to the care of elderly people. In addition findings will permit to get a better understanding on how the images may be influencing care and support. The scale ImAges (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002) and a socio-demographic questionnaire were administered to a sample of 240 subjects: 60 nurses, 60 physicians, 60 social workers and 60 engineers (these professionals are distinct from the previous ones since their work is not related to care or social support of elderly people).

The main results show that: i) although the professionals practice and scientific background is different, the emergent images of ageing are similar among the professionals; ii) images involve three factors, mainly, "maturity, activity and affectivity" and "relational and cognitive incompetence", and also "dependence, sadness and old-fashioned". Therefore, images involve both positive and negative aspects, are inconsistent (for example, include maturity and relational incompetence) and multidimensional (functional, social, cognitive and affective components). Results also indicate that sex, age and professionals experience with elderly have little impact on the differentiation of images.

Three groups of images emerged from the images clustering: i) incompetence, dependence and immaturity (43.8%); ii) competence, independence and maturity (13.8%); iii) moderate competence, independence and maturity (42.1%). Therefore, negative and moderate images are more frequent among the respondents, while positive images are less common. Professional's area of activity seems to have impact on the images: i) negative images (incompetence, dependence, immaturity) are predominant among engineers; ii) moderate images (moderate competence, independence and maturity) are prevalent for nurses and physicians; and iii) positive images (competence, independence, maturity) are predominant for social workers. These results suggest that professional images are influenced by cultural and societal norms. The specific and pos-graduate training and education are strategies that could support professionals on the adjustment of stereotypes towards ageing.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE QUADROS.....	xx
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xxiii
SIGLAS.....	xxiv
RESUMO.....	xxii
ABSTRACT.....	xxiv
INTRODUÇÃO <u>GERAL</u>	1
CAPÍTULO 1	
VELHICE E ENVELHECIMENTO.....	5
1. EMERGÊNCIA DA PESQUISA SOBRE VELHICE E ENVELHECIMENTO.....	7
1.1. PERCURSORES.....	8
1.2. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	9
1.3. CONSOLIDAÇÃO.....	11
2. CONCEITOS: VELHICE E ENVELHECIMENTO.....	13
2.1. VELHICE.....	13
2.2. ENVELHECIMENTO.....	16
3. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	18
3. 1. TIPOS DE ENVELHECIMENTO.....	18
3.2. CARACTERÍSTICAS FISIOPSICOSSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO.....	20
3. 2. 1. Envelhecimento fisiológico.....	21
3. 2. 2. Envelhecimento psicossocial.....	28
CAPÍTULO 2	
IMAGENS DA VELHICE E ENVELHECIMENTO.....	35
1. IMAGENS: CONCEPTUALIZAÇÃO.....	37
1.1. IMAGEM: CONCEITO.....	38

1.2.	IMAGENS MENTAIS, SOCIAIS E CULTURAIS.....	39
1.3.	IDADISMO E VELHISMO.....	45
2.	IMAGENS DA VELHICE E ENVELHECIMENTO (<i>VELHISMO</i>)..	48
2.1.	CARACTERÍSTICAS.....	48
2.2.	IMAGENS E REALIDADES.....	53
2.2.1	Imagens positivas.....	54
2.2.	Imagens negativas.....	56
2. 2. 3	Imagens neutras.....	60
2.3.	VARIAÇÕES: IDADE, GÉNERO E PROFISSÃO.....	60
2.3.1	Grupos etários.....	60
2.3.2	Género.....	62
2.3.3	Profissão.....	63
3.	IMPACTO DAS IMAGENS DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO.....	67
3.1.	NOS IDOSOS E NÃO IDOSOS.....	67
3.2.	NOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM COM IDOSOS.....	69
3.3	IMAGENS E CONSTRUÇÃO DO ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO.....	70
CAPITULO 3		
	IMAGENS DA VELHICE EM MÉDICOS, ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE SERVIÇO SOCIAL.....	75
1.	CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO EMPÍRICO.....	77
1.1.	ENQUADRAMENTO DO ESTUDO.....	77
1.2.	OBJECTIVOS.....	78
2	METODOLOGIA.....	80
2.1	INSTRUMENTOS.....	80
2.2.	AMOSTRA.....	80
2.2.1.	Definição da amostra.....	82
2.2 2.	Recolha da amostra.....	83
2.2.3.	Caracterização da amostra.	83
2.3.	ANÁLISE DE DADOS.....	101
CAPITULO 4		

	APRESENTAÇÃO E LEITURA DOS RESULTADOS.....	103
1.	ESTUDO PSICOMÉTRICO DA ESCALA IMAGES.....	105
2.	IMAGENS DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO:	
	AMOSTRA GLOBAL.....	109
3.	IMAGENS DA VELHICE E ENVELHECIMENTO:	
	ENFERMEIROS.....	117
4.	IMAGENS DA VELHICE E do ENVELHECIMENTO:	
	MÉDICOS.....	124
5.	IMAGENS DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO:	
	TÉCNICOS DE SERVIÇO SOCIAL.....	130
6.	IMAGENS DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO:	
	ENGENHEIROS.	134
7	GRUPOS DE IMAGENS DA VELHICE E DO	
	ENVELHECIMENTO.....	139
	CAPITULO 5	
	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	145
1.	ESTRUTURA E CONTEÚDOS DAS DIMENSÕES.....	147
2.	AS IMAGENS DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO EM	
	ENFERMEIROS, MÉDICOS E TÉCNICAS DE SERVIÇO	
	SOCIAL.....	149
3.	A COMPARAÇÃO DAS IMAGENS ENTRE OS PROFISSIONAIS	153
3.1.	ENFERMEIROS.....	153
3.2.	MÉDICOS.....	155
3.3.	TÉCNICAS DE SERVIÇO SOCIAL.....	156
3.4.	ENGENHEIROS.....	157
4.	IMAGENS, PROFISSÃO, IDADE, SEXO E ZONA DE	
	RESIDÊNCIA.....	159
5.	IMAGENS, PROFISSÃO, A EXPERIÊNCIA DE TRABALHO COM	
	IDOSOS.....	161
	CONCLUSÕES.....	163
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	169
	ANEXOS.....	197

ANEXO 1 QUESTIONÁRIO ESCALA IMAGES.....	199
---	-----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.	Quadro das categorias das imagens de velhice e envelhecimento.....	54
Quadro 2	Factores e itens da escala ImAge.....	81
Quadro 3.	Distribuição da amostra por profissão, idade e sexo.....	84
Quadro 4.	Média etária dos profissionais.....	84
Quadro 5.	Distribuição da amostra por profissão e área de residência.....	85
Quadro 6.	Distribuição por profissão e os anos de experiência profissional	86
Quadro 7.	Distribuição por profissão e experiência de trabalho com idosos.....	86
Quadro 8.	Distribuição das profissões pelos anos de experiência com idosos.....	87
Quadro 9.	Profissões e (in)existência de experiência actual de trabalho com idosos.....	88
Quadro 10.	Enfermeiros segundo sexo e média etária.....	89
Quadro 11.	Área de residência dos enfermeiros.....	89
Quadro 12.	Anos de experiência profissional dos enfermeiros.....	90
Quadro 13.	Enfermeiros e experiência de trabalho com idosos.....	90
Quadro 14.	Distribuição dos enfermeiros pelos anos de experiência com idosos.....	91
Quadro 15.	Enfermeiros e (in)existência de experiência actual com idosos...	92
Quadro 16.	Média etária dos médicos.....	93
Quadro 17.	Área de residência dos médicos.....	93
Quadro 18.	Anos de experiência profissional dos médicos.....	94
Quadro 19.	Médicos e experiência de trabalho com idosos.....	94
Quadro 20.	Médicos e anos de experiência profissional com idosos.....	95
Quadro 21.	Médicos e (in)existência de experiência actual de trabalho com idosos.....	95
Quadro 22.	Média etária das técnicas de serviço social.....	96
Quadro 23.	Área de residência das técnicas de serviço social.....	96
Quadro 24.	Anos de experiência profissional das técnicas de serviço social..	97
Quadro 25.	Técnicas de serviço social e experiência de trabalho com idosos	97
Quadro 26.	Técnicas de serviço social e anos de experiência com idosos.....	98

Quadro 27.	Técnicas de serviço social e experiência actual de trabalho com idosos.....	98
Quadro 28.	Média etária dos engenheiros.....	99
Quadro 29.	Área de residência dos engenheiros.....	99
Quadro 30.	Anos de experiência profissional dos engenheiros.....	100
Quadro 31.	Engenheiros e experiência de trabalho com idosos.....	100
Quadro 32.	Componentes da matriz da escala ImAges	106
Quadro 33.	Variância total explicada.....	107
Quadro 34.	Correlações entre os itens da escala.....	107
Quadro 35.	Consistência Interna da Escala (α Cronbach).....	108
Quadro 36.	Imagens da velhice e envelhecimento(Escala ImAge): amostra e subamostras.....	111
Quadro 37.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): grupos etários.....	112
Quadro 38.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): sexo.....	113
Quadro 39.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): zona de residência.....	113
Quadro 40.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): experiência de trabalho com idosos.....	114
Quadro 41.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): experiência actual de trabalho com idosos.....	115
Quadro 42.	Correlações: factores da escala ImAge e idade, anos de experiência profissional e anos de experiência profissional com idosos.....	116
Quadro 43.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): enfermeiros.....	117
Quadro 44.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): enfermeiros <i>versus</i> sexo.....	118
Quadro 45.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): enfermeiros <i>versus</i> grupos etários.....	119
Quadro 46.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): enfermeiros <i>versus</i> grupos etários e sexo.....	120
Quadro 47.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): enfermeiros <i>versus</i> zona de residência.....	121
Quadro 48.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): enfermeiros <i>versus</i> experiência de trabalho com idosos.....	122
Quadro 49.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): enfermeiros <i>versus</i> experiência de actual trabalho com idosos...	122
Quadro 50.	Correlações: factores da ImAge e idade, anos de profissão e anos de experiência com idosos.....	123
Quadro 51.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): médicos..	124
Quadro 52.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): médicos	

	<i>versus</i> sexo.....	125
Quadro 53.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): médicos <i>versus</i> grupos etários	125
Quadro 54.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): médicos <i>versus</i> grupos etários e sexo.....	126
Quadro 55.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): médicos <i>versus</i> zona de residência.....	127
Quadro 56.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): médicos <i>versus</i> experiência de trabalho com idosos.....	128
Quadro 57.	Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): médicos <i>versus</i> experiência actual de trabalho com idosos.....	129
Quadro 58.	Correlações: factores da ImAge e idade, anos de profissão e anos de profissional com idosos.....	129
Quadro 59.	Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAges): técnicas de serviço social	130
Quadro 60.	Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAges): técnicas de serviço social <i>versus</i> grupos etários	131
Quadro 61.	Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAges): técnicas de serviço social <i>versus</i> zona de residência.....	131
Quadro 62.	Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAge): técnicas de serviço social <i>versus</i> experiência de trabalho com idosos.....	132
Quadro 63.	Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAge): técnicas de serviço social <i>versus</i> experiência actual de trabalho com idosos.....	133
Quadro 64.	Correlações: ImAges <i>versus</i> idade, anos de profissão e anos de trabalho com idosos das técnicas de serviço social.....	133
Quadro 65.	Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAge): engenheiros.....	134
Quadro 66.	Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAge): engenheiros <i>versus</i> sexo.....	135
Quadro 67.	Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAge): engenheiros <i>versus</i> grupo etário.....	135
Quadro 68.	Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAge): engenheiros <i>versus</i> grupo etário e sexo.....	136
Quadro 70.	Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAge): engenheiros <i>versus</i> zona de residência.....	137
Quadro 71.	Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAge): engenheiros <i>versus</i> experiência de trabalho com idosos.....	138
Quadro 72.	Correlações: factores (ImAge) <i>versus</i> idade, anos de profissão e anos de trabalho com idosos dos engenheiros.....	138
Quadro 73.	Clusters de imagens da velhice e do envelhecimento.....	139
Quadro 74.	Clusters <i>versus</i> idade, sexo, residência, profissão, experiência profissional com idosos.....	140
Quadro 75.	Clusters <i>versus</i> grupos profissionais (profissão, sexo e grupo etário).....	142

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Imagens: mentais, sociais e culturais.....	40
Figura 2.	Intervenção social e de saúde com idosos.....	65
Figura 3	Variação das imagens: técnicas de serviço social versus enfermeiros e médicos	151

SILGLAS

AARP	American Association of Retired Persons
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
CNPEA	Canadian Network for The prevention of elder abuse
EPE	Empresa Pública do Estado
ICL	International Longevity
INE	Instituto Nacional de Estatística de Portugal
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SPA	<i>“Sanus per Aquam”</i>

INTRODUÇÃO GERAL

O envelhecimento demográfico tem vindo a acentuar-se e não parará de aumentar até 2050 (INE, 2002), daí que muitos países tenham vindo a adoptar políticas de incentivo à natalidade, cujos resultados ainda não se fazem sentir. As prioridades sociais, expressas nas políticas sociais, tendem ainda a centrar no emprego, economia e bem-estar material, relegando para um segundo plano as vicissitudes da velhice, da natalidade e mesmo da qualidade de vida.

Na afirmação *uma imagem traduz mil palavras*, a imagem transmite um código de dígitos de linguagem que caracterizam os padrões de comportamentos e traduzem preocupações sociais da época. É na imagem que crítica, mudança e cultura se revêem. Desta forma, a imagem constitui uma construção envolvendo atitudes, preconceitos, representações, estereótipos e mitos que servem de quadros de referência na sociedade, na família e na profissão. E que, inevitavelmente, estão sujeitas a diversas influências.

As imagens são o tópico central desta trabalho, tendo sido agrupadas em imagens culturais, mentais e sociais, pois assumem várias interpretações e/ou juízos que podem ser de cariz positivo, negativo ou neutro.

As imagens associadas à velhice e ao envelhecimento são multifacetadas, mas são com frequência relacionadas com aspectos externos do corpo humano, que evidenciam as mudanças naturais da velhice. Estas imagens e o que reflectem, quer em termos concretos do envelhecimento, quer daquilo que se estereotipa, evidenciam-se em conceitos como: idadismo/velhismo e envelhecimento bem sucedido.

Os mais idosos, com o decurso do processo normal do envelhecimento, acabam por sofrer algumas limitações funcionais, que têm como consequência limitações nos relacionamentos sociais. Contudo, a velhice também apresenta aspectos positivos, como maior maturidade e experiência de vida. É com o envelhecimento patológico (que atinge uma minoria dos idosos) que os aspectos mais negativos, como incapacidade, dependência, imaturidade e tristeza emergem. Porém, são estes aspectos que com frequência são assumidos

como os característicos da velhice. A velhice tem vindo, assim, a tornar-se uma fase da vida tão temida (principalmente, pela dependência e doença) como desejada (todos desejam viver o maior número de anos possível).

Contudo, é inegável que a população idosa necessita de mais cuidados de saúde e sociais e constituem os principais utentes de hospitais, centros de saúde e serviços de apoio integrado.

Assim, torna-se relevante conhecer as imagens da velhice e do envelhecimento dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) e acção social (técnicos de serviço social), aqueles que mais trabalham com idosos. Estes dados permitem inferir como as imagens podem estar a interferir nos cuidados e apoios prestados e, em consequência, indicar algumas estratégias para poder melhorar o apoio. Por exemplo, podem ter alguns impactos na criação de melhores sistemas de protecção social, desenvolvimento de apoios arquitectónicos, informáticos sociais e de saúde, estratégias de formação/educação dos profissionais, sempre com o intuito da melhoria contínua da qualidade e na optimização de recursos.

Para responder aos objectivos traçados, este estudo exploratório, recorreu a um questionário sócio-demográfico e à escala ImAges (Sousa, Galante & Cerqueira, 2002), que foram aplicados a 60 enfermeiros, 60 médicos e 60 técnicos de serviço social. Para além disso, aplicou-se a 60 engenheiros, uma profissão que se distancia das anteriores, por não englobar cuidados, nem se dedicar ao envelhecimento.

Esta dissertação encontra-se organizada em seis capítulos. O primeiro e o segundo capítulo enquadram a revisão da literatura, centrada em dois tópicos: a velhice e envelhecimento, evolução histórica e social e tipos de envelhecimento; e, a definição de imagens e conceitos relacionados (estereótipos, emoções, representações, discriminações, dogmas e mitos), do idadismo/velhismo e do envelhecimento bem sucedido.

No terceiro capítulo inicia-se a apresentação do estudo empírico, através do seu enquadramento, definição dos objectivos, descrição da metodologia e descrição da amostra. No capítulo quarto faz-se a apresentação e leitura dos resultados, que são discutidos no capítulo cinco, considerando-se também algumas implicações desses resultados. Por fim, apresentam-se as conclusões.

Esperamos que este trabalho constitua uma contribuição para uma evolução no cuidar, no tratamento e no apoio social dos profissionais aos idosos e na implementação de políticas que fomentem a formação e a educação dos profissionais, visto desempenharem um papel importante na sustentabilidade do sistema social e de saúde do país.

CAPITULO 1.

VELHICE E ENVELHECIMENTO

A velhice e o envelhecimento foram, desde sempre, motivo de reflexão do Homem, principalmente devido à aspiração pela eternidade e na perplexidade face ao sofrimento e à morte (Paúl & Fonseca, 2005). Neste contexto, ao longo dos tempos, desenvolveram-se alguns mitos, entre os quais salientamos como referência o “*elixir da vida*” (Izal & Montoiro, 1999), isto é, o desejo da eterna juventude, que permanece até à actualidade, transformando-se num dos principais temas de interesse científico, social e económico. Consubstanciou-se, por exemplo, no consumo de multi-vitaminas, tratamentos em SPA’s, frequência de programas de exercício físico, reparação/cirurgia estética, utilização de cosméticos, preservação das células estaminais e, até, na clonagem. Desta forma, constitui-se como um dos patamares de desenvolvimento das sociedades actuais, que têm como finalidade a melhoria da vitalidade e da longevidade.

Porém, os conceitos de velhice e envelhecimento estão em constante mudança, a nível dos conhecimentos da fisiologia, cultura e relações sociais, o que torna pertinente a sua fundamentação. Além disso, considerando que este trabalho se centra nas imagens da velhice e do envelhecimento, torna-se relevante fazer referência à evolução histórica desses conceitos e ao surgimento das ciências que estudam esses fenómenos, designadamente, a gerontologia. Por fim, referem-se as alterações e tipos de envelhecimento, assim como os seus efeitos nas vertentes fisiopsicossocial.

1. EMERGÊNCIA DA PESQUISA SOBRE VELHICE E ENVELHECIMENTO

A velhice e o envelhecimento foram temas de estudo para vários investigadores de áreas tão diversas como a biologia e a teologia. Estas pesquisas incidiram numa enorme diversidade de tópicos, que foram variando consoante os recursos económicos, contextos históricos e relevância política e social.

A análise da evolução histórica da pesquisa sobre a velhice e o envelhecimento será orientada pela divisão proposta por Fernández-Ballesteros (2000), organizada em três

períodos: precursores, antecedentes científicos e consolidação. No entanto, outros autores (cf. Izal & Montoiro, 1999; Salgado, 2000; Fontaine, 2000; Lehr & Thomae, 2003; Paúl & Fonseca, 2005) serviram, igualmente, de referência, trazendo contributos importantes para a elaboração deste contexto.

1.1. PERCURSORES

Os *precursores* surgem através do épico Gilgamesh, nos estudos Babilónicos, durante primeira metade do terceiro milénio A.C., onde se salientavam aspectos como a imortalidade humana, numa luta constante contra a morte e, também, contra a velhice. Mais tarde, o filósofo Platão (427-347 A.C.) na obra “*A Republica*” apresenta uma visão positiva da velhice, realçando que se envelhece da forma como se vive, ou seja, a velhice começa a ser preparada na juventude. Seria uma etapa da vida em que o ser humano atinge maior prudência, sensatez, astúcia e capacidade de juízo.

Uma visão antagónica é apresentada por Aristóteles (384-322 A.C.) na obra “*Tratado de Retórica*”, em que a velhice é designada por quarta idade – a senilidade – caracterizada pela deterioração e doença. Na mesma perspectiva, Séneca (4-65 D.C.) enfatiza a velhice como “*senectus insanabilis morbu*“, equiparando-a a uma doença incurável. No entanto, Cícero (106-43 A.C.), na obra “*De Senectute*”, apresenta novamente uma visão mais positiva, através da utilização de exemplos míticos gregos e romanos, onde Zeus e Júpiter são indicados como os pais de todos os Deuses e detentores do poder máximo. Saliente-se, ainda, que para os Romanos a idade intelectual de máximo exponencial seria aos 80 anos, mostrando o papel importante da experiência dos velhos na sociedade. Na mesma linha, Galeno de Pérgamo (129-199 D.C.), afirmava que o envelhecimento não é uma doença, mas mais uma fase normal da vida.

Noutras culturas, sobretudo na hebraica, a velhice aparecera idolatrada, através de personagens como Matusalen, avó de Noé, pois numa época de nómadas, os idosos desempenhavam o papel de chefe dos povos e de conselheiros. No entanto, na era do Cristianismo, a velhice surgia associada à moralidade e, por vezes, também, ao pecado. Mas,

principalmente, relacionada com o caminho para a morte, a última etapa da vida, simbolizando um renascer para uma vida espiritual.

No século VI a percepção negativa evidenciou-se em períodos como o Renascimento e o Barroco. A mulher idosa era personificada como bruxa, fria, seca e aliada a agentes diabólicos. Esta imagem mantém-se ao longo da idade média, com *a lei do mais forte*, em que os idosos eram considerados obedientes e escravos dos mais fortes.

Nos séculos XIV e XV, uma época fustigada por diversas epidemias, como a peste e a cólera, houve um aumento de idosos que sobreviveram, o que originou um fortalecimento do seu poder político e económico e, conseqüentemente, desencadeou um conflito intergeracional. Nas artes, sobretudo na pintura, pintores como Leonardo da Vinci e Miguel Ângelo atingiram um maior desempenho numa idade mais avançada, emergindo como exemplos de que se pode trabalhar até a morte e atingir expoentes máximos na velhice.

No século XVI, enaltece-se a juventude: através da medicina, magia e bruxaria tenta-se retardar o envelhecimento. Neste período, William Shakespeare, através da literatura e do teatro, expôs a velhice negativamente, essencialmente na obra o “*O Rei Lear*”. E, Erasmo, na obra “*O Elogio à Loucura*”, concebia que a única solução para a velhice seria a loucura.

No entanto, estas mudanças não afectaram outras culturas mais tribais como os Incas e Aztecas da América Latina, em que a população idosa era percebida com elevada consideração, existindo um código de normas de respeito, onde a estes era reconhecido conhecimentos, experiência, habilidades, fundamentações religiosas, bruxarias e o controlo da família (tribo). Também na cultura Oriental esta fase é, ainda na actualidade, tendencialmente considerada como o período mais belo da vida.

1.2. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

A segunda fase, “*antecedentes científicos*”, ocorre entre os séculos XVII e XIX. Os grandes avanços científicos originaram a evolução de áreas como a patologia, anatomia, química e filosofia, permitindo um maior conhecimento acerca do envelhecimento. Estes progressos tiveram, igualmente, como consequência o aumento significativo da longevidade e,

por isso, da população idosa, mas apesar de alguma desmistificação da velhice manteve-se a imagem tendencialmente negativa.

Durante o período da Revolução Industrial e Urbana, os idosos eram considerados o povo não trabalhador, logo não produtivo e, por isso, eram abandonados, acabando por cair na miséria. Nesta época Bacon (1561-1626) publica “*History of Life and Death*” (História da Vida e Morte), tornando-se um dos pioneiros da investigação gerontológica. Este autor argumentava que a vida humana se poderia prolongar se houvessem melhorias ao nível da higiene e das condições sociais e médicas. Quetelet (1796-1874) é outro dos primeiros estudiosos a estabelecer os princípios que regem o processo através do qual o ser humano nasce, cresce e morre. Nos seus estudos evocava dados empíricos, essencialmente sobre aspectos correlacionais entre variáveis como a idade, sexo, profissão, condições de habitação e progressão do talento a partir dos 50 anos; ou as relações entre o peso e a estatura, idade e situação económica. Desta forma, o autor, construiu uma visão em que os parâmetros físicos e sociais constituíam critérios de avaliação.

Posteriormente, Galton (1832-1911) estudou o desenvolvimento, centrando-se nas diferenças individuais ao nível das características físicas, sensoriais e motoras, tornando o estudo do envelhecimento mais abrangente. Hall (1844-1924) tem sido considerado como o primeiro psicogerontólogo, uma vez que na obra “*Senescence*” tentou compreender a natureza e as funções da velhice, ajudando a estabelecer a gerontologia como ciência. Entre as suas principais conclusões encontra-se a ideia de que as diferenças individuais na velhice são significativamente superiores, relativamente às que surgiam noutras idades da vida.

Nesta altura, diversos outros investigadores se destacam, como Metschikoff (1903), Nascher (1909), Sthiglitz (1914) e Marjorie Warren (1930), reforçando a construção da gerontologia e da geriatria como ciências. Miles, em 1928, fundador da Universidade de Stanford na Califórnia, desenvolveu investigação nesta área, sugerindo que as capacidades intelectuais iam diminuindo na velhice. Em 1933, Buller, realiza um estudo biográfico de carácter retrospectivo, cuja finalidade seria relacionar processos biológicos e psicológicos, essencialmente, relacionando as fases do ciclo vital com a idade, rendimento, personalidade e adaptação (Erickson fez um estudo similar). Pavlov (1894-1936), nos trabalhos sobre o sistema nervoso central e os processos reflexos e de condicionamento, concluiu que o

condicionamento é mais lento nos organismos mais velhos, atribuindo a causa a uma menor condução das vias nervosas. Estes autores foram os principais impulsionadores nas bases científicas da gerontologia.

1.3. CONSOLIDAÇÃO

A última fase, “*consolidação*”, decorre do avanço da investigação científica e consubstancia-se com a afirmação da gerontologia como ciência. Tem-se considerado que esta fase é inaugurada por Cowdry (1939), através da obra “*Problems of Aging*”, onde referia o tratamento das condições médicas e físicas da idade, inserindo aspectos psicológicos e sociais. No mesmo ano é fundada a primeira associação de investigação: *Club for Research on Aging*.

A II Grande Guerra Mundial é um facto histórico que condicionou a investigação em gerontologia, mas após o seu término surgem a maior parte das associações de gerontologia. Em Londres, no ano de 1946, surge a especialidade médica de Geriatria, no Hospital de Barncoose. Em 1950 realiza-se o primeiro congresso na área da gerontologia em Liège, onde se forma a Associação Internacional de Gerontologia. Em 1961 surge “*The Gerontologist*”, a primeira revista científica da área, ainda hoje com enorme reconhecimento e impacto na área.

Na segunda metade do século XX ocorre a expansão da ciência gerontológica, destacando-se autores como: Rowen, Kahn, Nolan, Birren, Hansen, Maeda, Schock, Thomae, Siegler, Schaie, Deeg, Busse, Ballesteros e Izal. Nesta sequência destacam-se algumas iniciativas importantes, tais como o Ano Internacional do Idoso em 1999, decretado pela Organização das Nações Unidas, e a Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em Madrid, Espanha em 2002.

Em Portugal, em 1951 funda-se a Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia e realiza-se o “*Congresso Português de Geriatria*”. Em 1980 ocorre o “*1º Congresso Português de Geriatria/1ªs Jornadas Luso-Espanholas de Geriatria*”. Em 1998 surge a Associação Portuguesa de Psicogerontologia, que colabora na formação e na discussão de trabalho na área do envelhecimento.

Assim, à medida que as sociedades foram evoluindo os conceitos da velhice e envelhecimento foram suscitando alguma controvérsia e tornaram-se objectivo de estudo para a sustentação económica e política de um país. Com a globalização e a difusão constante de informação, é mais fácil trocar experiências, confrontar opiniões e, consequentemente, avaliar e compreender os fenómenos complexos da velhice e do envelhecimento.

2. CONCEITOS: VELHICE E ENVELHECIMENTO

Os conceitos de velhice e envelhecimento são de difícil conceptualização e consenso. Conforme se valorize mais aspectos biológicos, sociais, psicológicos, estéticos ou profissionais, assim pode variar a definição desses conceitos. Por isso, encarar o envelhecimento como um fenómeno existencial, como viver ou morrer (Rodrigues, 1979, citado por Santos, 2000), parece ser uma forma genérica e consensual de o definir. Desta forma, reflecte-se o ser carácter universal, irreversível, complexo, com influência genética/ambiental, com vários tipos e diferentes ritmos. Conceitos como a velhice e o envelhecimento são formas de conhecimento, elaboradas a partir de informações e imagens externas, que nos chegam após serem processadas com as nossas experiências e vivências e, sobretudo, com as componentes socio-históricas apresentadas na nossa cultura (Yubero & Larrañaga, 1999).

O envelhecimento pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais, naturais e gradativas, podendo ocorrer em idade mais precoce ou mais avançada, em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas e, principalmente, com o modo de vida de cada indivíduo. A velhice não só resulta de um processo fisiológico, como é um produto social (Zimerman, 2000; Lehr & Thomae, 2003; Yubero & Larrañaga, 1999, Bendia, 1997) constituindo uma representação (imagem) do envelhecimento (Fontaine, 2000).

A velhice e o envelhecimento são inseparáveis, decorrendo de determinantes biológicos e recebendo a influência social e comportamental, que atravessa gerações, podendo tornar-se num padrão de códigos rígidos com efeitos negativos ou positivos.

2.1. VELHICE

A velhice *começa quando um homem quiser*, é uma ideia que reflecte o carácter subjectivo, complexo e individual que esta representa na actualidade. De facto, não tem sido

fácil definir velhice e muito menos chegar a um consenso sobre os critérios em que assentar essa noção (Santos, 2000). A conceptualização da velhice leva a que vários autores contextualizem e elaborem opiniões variadas, agrupadas em três formas de definição: idade/etapa de vida, acontecimentos relevantes de vida ou aspectos funcionais.

A velhice enquanto uma etapa da vida (cf. Rowe, 1995; Ballesteros, 2000), a última, faz alusão à idade cronológica ou oficial, definida pelo Bilhete de Identidade. Santos (2000) considera que se trata do “*coroamento*” das etapas de vida. Em termos cronológicos o seu início tem sido situado nos 65 anos, um ponto de ciclo de vida, coincidente com início da fase de aposentação (Simões, 2006).

Ao se definir a velhice por acontecimentos marcantes da vida, encontram-se marcos, como a reforma ou a viuvez, normalmente associados à ideia de disponibilidade de tempo, ao final das obrigações de trabalho, à não produtividade e a perdas emocionais, relacionais e de estatuto social. Laidlaw *et al.* (2004) caracterizam a velhice como uma fase de perdas, em diversas áreas: funcional, saúde, rendimento e companheiro(a) através do falecimento.

A velhice tem sido, também, definida pelas perdas a nível funcional, ou seja, alguém chega à velhice quando deixa de ser independente para realizar as suas actividades sem apoio de outros (Botelho, 2000).

Essencialmente, a velhice é uma fase da vida, tão temida quanto desejada, pois (quase) todos desejamos viver muitos anos (Sousa & Figueiredo, 2003). Fontaine (2000) contextualiza a velhice como um fenómeno variável com o indivíduo e, sobretudo, como um período que pode oferecer numerosas oportunidades de crescimento pessoal. Um conjunto de múltiplas experiências com impactos diferenciados do ponto de vista emocional (Silva, 2005).

Numa perspectiva mais biológica, a velhice é uma etapa da vida com características e valores próprios, associada à lentificação dos processos fisiológicos e psíquicos, principalmente, porque os processos de equilíbrio homeostático e metabólico deixam de ser *perfeitos* (Santos, 2000; Zaslavsky & Gus, 2002). Tal deriva do declínio de capacidades funcionais e da diminuição da aptidão de adaptação a factores de stresse internos e externos (Sousa & Figueiredo, 2003). Assim, o idoso é mais vulnerável a doenças degenerativas de início insidioso, tais como: doenças cardiovasculares e cérebro-vasculares, cancro, alterações

mentais, estados patológicos que afectam o sistema locomotor e os sentidos. Deste modo, ocorre uma redução sistemática do grau de interacção social (Zaslavsky & Gus, 2002).

Estas alterações a nível funcional traduzem-se na possibilidade de sobreviver e adaptar-se, com mais ou menos bem-estar, a desafios específicos desta fase da vida (Silva, 2005). A velhice pode ser mais ou menos retardada, segundo a constituição individual, estilo de vida e uma série de outras circunstâncias do contexto social, individual e familiar (Bernard, 1994). Este processo de adaptação pode condicionar a velhice como normal, patológica e bem sucedida, em que o principal *focus* de actuação ocorre a nível do corpo (Mercadante, 1998; Fontaine, 2000; Silva, 2005).

Torna-se, pois, difícil encontrar uma definição de velhice, uma vez que existem múltiplos critérios, objectivos e subjectivos (Fontaine, 2000), que condicionam as vivências inter-individuais e sociais. Simultaneamente o conceito de velhice é muito controverso, por exemplo: “*ser velho*”, “*sentir-se velho*” e “*parecer velho*”, não são sinónimos para a maioria das pessoas. Frutuoso (1990, citado por Santos, 2000) afirma que as frases “*aquele rapaz parece um velho*” ou “*tem 80 anos e parece um jovem*”, demonstram como a velhice não é um conceito óbvio e objectivo, porque depende: do modo como cada um conceptualiza e encara a velhice e da fase de envelhecimento em que se encontra.

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004: 9) apresentam descrições da velhice de acordo com a idade do respondente, que demonstram a variabilidade do conceito e das vivências da velhice ao longo da vida, assim: aos 14 anos a velhice é “*ter avós que podem contar histórias aos netos*”; aos 27 anos é “*um momento para aproveitar a vida*”; aos 36 anos é “*um período que demora muito tempo a chegar*”; aos 48 anos é “*um período em que se vive de muitas recordações*”; aos 54 anos é “*estar dependente e precisar de muito carinho e amparo*”, aos 66 anos é “*uma tristeza, não há nada que chegue, ser um pouco mais novo, para não dependermos dos outros*”; aos 78 anos é “*uma ironia*”. Como se percebe, este conceito varia com a idade de quem o define, reforçando a variabilidade das vivências ao longo da vida e como a maior ou menor proximidade da velhice afecta a forma como ela é definida.

Em suma, a velhice decorre de um processo fisiológico, psicológico e social que aumenta a instabilidade, a sensibilidade e a susceptibilidade a processos patológicos (Santos, 2000). Criam-se mecanismos de adaptação, para que o idoso tenha uma participação activa e

estabeleça-se uma velhice bem sucedida. Simões (2006) apresenta o conceito de “*Nova Velhice*“, uma geração de idosos mais saudáveis, mais longevas, mais instruídos, ou seja, uma imagem nitidamente mais positiva.

2.2. ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais, que ocorrem ao longo da vida adulta (cf. Santos, 2000; Barusch & Atcley, 2004). Trata-se de um processo irreversível e universal, pelo menos no estado actual de avanço científico; ou, poderá ser visto, simplesmente, como o *preço* que pagamos por viver mais tempo (Ermida, 1999).

Estruturalmente, o envelhecimento, é um mecanismo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo (Ermida, 1999). Constitui-se como um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. Um fenómeno inevitável, inerente à própria vida, equivalente a fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Fernandéz-Ballesteros (2000) argumenta que o envelhecimento se processa no organismo em três etapas essenciais: o crescimento e desenvolvimento; a maturidade e involução; e o declínio. Estas fases acontecem sequencialmente, desde que não existam erros biológicos (morte por acidente ou alteração plástica e/ou funcional que precipite a morte do indivíduo). Há uma relação dos processos de declive fisiológico e a maior frequência de doenças, são estes interdependentes ou independentes, uma analogia difícil de resolver.

Fontaine (2000) dividiu o envelhecimento em diversas idades: i) biológica (envelhecimento biológico), em que cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento e a capacidade de auto regulação (por exemplo, um indicador na mulher será a perda da capacidade reprodutora sob a forma de menopausa); ii) social (envelhecimento social), relativo ao papel, estatuto social e hábitos de vida, determinados pela cultura e história; iii) psicológica (envelhecimento psicológico), correspondente ao conjunto de

competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do meio ambiente.

Existe uma enorme influência de variáveis sociais e psicológicas no processo de envelhecimento, numa relação proporcional com as variáveis fisiológica e tempo. Há a alusão a diversas fases como o ser idoso (envelhecimento cronológico), a senescência (envelhecimento normal) e a senilidade (envelhecimento patológico). No envelhecimento o Homem, como todo ser vivo, sofre algumas alterações que com o passar do tempo se vão tornando mais evidentes, podendo ser potencializadas por factores de ordem genética (interno) ou sociais e culturais (externos).

Alguns autores consideram que o envelhecimento começa entre os 25 e os 30 anos de idade, mas é a partir dos 40 anos que as manifestações, embora lentas, se evidenciam (Bendia, 1997). Este processo de alterações significativas culmina pelos 50 anos, é mais evidente na mulher e mais discreto no homem, sendo um marco importante na terceira idade biológica. Outros autores conceptualizam o envelhecimento como se iniciando no momento da concepção (Ermida, 1999). Embora seja controversa a idade de início do envelhecimento biológico, em geral, é aceite que ocorre no final da segunda década de vida, calcula-se que após os 30 anos, dependendo dos órgãos (Ermida, 1999).

O envelhecimento foi durante muito tempo percebido como um fenómeno patológico, relacionado com o desgaste do organismo e as sequelas das doenças da infância e da idade adulta. No entanto, trata-se de um processo multi-factorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo.

3. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento assenta em alterações estruturais e funcionais evidentes, mas as causas e a natureza ainda estão longe de ser esclarecidas. Mesmo com os avanços da genómica ainda não se conseguiu revelar alguns segredos sobre o seu mecanismo. No entanto, Medvedov (1990, citado por Ermida, 1999) recenseou algumas teorias e agrupou-as em sete categorias, de acordo com as suas finalidades teóricas: teorias do desgaste, teoria do dano, teorias de programação genética, teorias evolucionistas, teorias das alterações específicas, teorias físicas matemáticas e as teorias unificadas. Na base destas teorias está a tentativa de explicar a morte celular, o fenómeno primordial de todo o envelhecimento.

Hayflick (1961, citado por Ermida, 1999) cria um modelo experimental do envelhecimento, contrariando a ideia da imortalidade da célula: uma incapacidade progressiva das células para assegurarem a sua substituição, com uma morte subsequente. É possível que as alterações decorram da modificação do genoma, codificadas e não codificadas, induzidas por factores intrínsecos ou estranhos à célula. Estes factores exercem uma acção nociva, progressiva e irreversível, determinando uma incapacidade da célula e do organismo se adaptaram ao meio externo. Poderá, então, afirmar-se que o envelhecimento será o resultado da interacção entre o genoma e os factores ambientais: o primeiro ditará a longevidade; o segundo determinará o seu encurtamento e agravamento. Assim, muito provavelmente, existirá uma correlação entre o número possível de duplicações das células e a longevidade máxima (Ermida, 1999).

3. 1. TIPOS DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento emerge como um longo processo que ocorre, desde o nascimento até a morte. Têm-se estabelecido dois tipos de envelhecimento (Fernadéz-Ballesteros 2000): o

primário, ou normal, indicativo das mudanças inerentes ao processo de envelhecimento e o secundário, ou patológico, causado por mudanças potencializadas por doenças.

Como já referimos, existem vários tipos de envelhecimento: normal, patológico (secundário), biológico, cronológico, psicológico e social (Ermida, 1999). Existindo uma ligação forte aos conceitos de senescência e senilidade. Contudo o envelhecimento tende a ser assíncrono, principalmente comparando as alterações estruturais e funcionais (envelhecimento biológico) e o envelhecimento medido pelo calendário (cronológico).

É difícil distinguir o envelhecimento normal do patológico, no entanto vários investigadores afirmam que o envelhecimento não implica deterioração ou doença (Monteiro & Izal, 1999). O envelhecimento normal implica mudanças biológicas, psicológicas e sociais que são inevitáveis e que acontecem com o passar do tempo (senescência). O envelhecimento patológico refere-se às mudanças decorrentes de doenças (senilidade) que potencializam e aceleram o envelhecimento normal.

A diferenciação entre o normal e o patológico na velhice tem importantes implicações sociais e médicas (Monteiro & Izal, 1999). Assim, a não diferenciação destes conceitos, principalmente, nos cuidados de saúde, dificulta a intervenção, que poderia tornar-se mais eficiente numa sociedade tão económica e tecnológica, como por exemplo no diagnóstico de certas patologias, como a doença de Alzheimer ou a depressão, que não raramente acabam por rotular toda a sintomatologia inerente ao envelhecimento. Provavelmente a ambiguidade destes conceitos só se desenraizará, quando os preconceitos, discriminação e a estereotipagem gerontofóbica diminuírem.

Existem outros tipos de envelhecimento, nomeadamente *o envelhecimento terciário*, que consiste na deterioração de níveis prévios de capacidades, diferentes das mudanças normais associadas a idade (Birren & Schroost, 1996, citados por Monteiro & Izal, 1999). São alterações que vão surgindo das experiências positivas ou negativas e das reacções aos factores que desencadearam crises/stresse e doenças no indivíduo, preparando ou não acontecimentos futuros.

Ermida (1999) considera serem maiores as diferenças entre dois idosos da mesma idade, do que entre dois jovens com uma dezena de anos entre si. Aqui emerge outro tipo de envelhecimento, *o social*, traduzindo-se pela perda de papéis nas redes familiares e sociais, na

capacidade influente que o meio. Apesar de existir uma forte influência social no envelhecimento, há um processo fisiológico inerente a situação.

3.2. CARACTERÍSTICAS FISIOPSIKOSSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento não atinge simultaneamente todos os órgãos e sistemas, existe uma assincronia biológica, psíquica e social: por exemplo, ao nível da homeostasia glicémica é mínimo, enquanto relativamente à capacidade respiratória é notória. As alterações que acontecem a nível corporal, quando o envelhecimento natural (primário) surge, foram agrupadas por sistemas para melhor sistematização, no entanto, devemos realçar que estes sistemas e órgãos estão sempre interrelacionados, sob uma influência de cariz social implícito.

3.2.1. Envelhecimento fisiológico

Nesta secção descrevem-se, de forma sucinta, as principais mudanças relacionadas com a idade em diversos sistemas, órgãos e funções físicas.

Alterações da autoregulação

Referem-se à composição global do corpo, caracterizada pela diminuição da reserva fisiológica e, conseqüentemente, pela dificuldade na reposição do seu equilíbrio homeostático quando alterado. Traduzem-se pela diminuição da massa magra, substituída pela gordura e diminuição da concentração de água intracelular (perda de 10 a 15 % aos 80 anos). Este processo é agravado pela diminuição da sensação de sede, o idoso fica mais sensível aos desequilíbrios hidroelectrolíticos (Ermida, 1999) e os estados de desidratação podem surgir.

Na função cardio-respiratória o seu declínio reflecte-se na manutenção da pressão arterial, visto encontrar-se diminuída a resposta dos barrocetores. Pode surgir, por exemplo hipotensão ortostática (Garcia, 1999), sobretudo nas mudanças rápidas de posição de pé e deitado, originando quedas e lipotimias. Aparecem outras patologias, como as dislipidémias e aumento do colesterol em consequência do aumento das reservas de gordura no organismo.

Aspectos que podem ser atenuados com uma correcta vigilância de saúde e tratamento farmaco-terapêutico.

Alterações dermatológicas e estéticas

As alterações dermatológicas e estéticas são as mais visíveis, tendo implicações aos níveis psíquico e social, pois constituem a imagem de maior impacto relacional, social e pessoal. Em geral, associa-se o envelhecimento ao aparecimento de rugas na pele. Com o envelhecimento a pele torna-se mais seca, rija e o processo de descamação é mais notório, devido principalmente à diminuição do colagénio, à diminuição da retenção de líquidos e ao aumento das reservas de gordura subcutânea. Na tonalidade a pele fica mais pálida, visto existir uma diminuição da melanina, o que implica o aparecimento de manchas escuras (“manchas senis”) e em alguns casos podem aparecer verrugas e estrias. A nível piloso, existe um branqueamento e alopecia mais acentuado. Podem surgir pêlos no lábio superior nas mulheres e nos homens, em consequência das alterações hormonais (Monteiro & Izal, 1999; Ermida, 1999).

Na face ocorrem alterações figurativas devido à acentuação das proeminências ósseas, tais como os ossos dos maxilares, “*maçãs do rosto*” e nas órbitas oculares, originando um efeito húmido nos olhos, com indução a expressão de tristeza “*choro*”. O nariz e as orelhas alongam-se (Zimerman, 2000), em consequência, de um aumento tecido cartilaginoso. Nas unhas observa-se a diminuição do crescimento (Monteiro & Izal, 1999). Estas alterações aumentam a susceptibilidade para o aparecimento de úlceras de pressão e feridas, em consequência também da diminuição da resposta imunitária (Garcia, 1999).

Os factores externos, como o consumo de tabaco, a alimentação/hidratação precária e os raios solares, podem potencializam patologias como, cancro e dermatites várias. A reparação cirúrgica/estética, o uso de cosméticos e actividade física podem reduzir estes efeitos.

Alterações do sistema respiratório/cardiovascular

A nível cardiovascular o coração torna-se menos elástico, assim a sua contractilidade diminui, as válvulas ficam mais grossas e rígidas, demorando mais tempo a fecharem-se,

podendo levar, por exemplo, à esclerose valvular. Em consequência, diminui o bombeamento sanguíneo em relação ao batimento cardíaco e, assim, circula menos quantidade de sangue. Os vasos sanguíneos tornam-se mais espessos, sobretudo nas artérias que ficam mais rígidas, o que dificulta a circulação sanguínea, permitindo uma deposição maior de gorduras e trombos nos trajectos sanguíneos. Consequentemente, ocorre o aumento da pressão arterial que é diagnosticada, principalmente, antes dos 60 anos, na pressão diastólica alta (McInnes & Rabbit, 1997).

Nos canais alveolares e nos alvéolos existe a perda de elasticidade quando dilatados, a caixa torácica e as articulações ficam rígidos (Spar & La Rue, 1998), contribuindo para a diminuição da capacidade vital de reserva pulmonar. Tal acarreta a ineficiência das trocas gasosas na perfusão sanguínea, que também se encontra diminuída. Por sua vez, o oxigénio encontra-se deficitário, originando, por vezes, problemas a nível cognitivo e psíquico (McInnes & Rabbit, 1997). A tosse e o sistema ciliar tornam-se menos eficazes, permitindo o aparecimento de estados de estase pulmonar, que podem ter como consequência o surgir de infecções respiratórias (Garcia, 1999).

Estas alterações originam diversas patologias do foro cardiovascular e pulmonar, como as tromboembolias, arteriosclerose, acidentes vasculares cerebrais, enfartes agudos do miocárdio, enfisema, bronquite ou doenças obstrutivas crónicas, que não estando necessariamente associados à idade, são mais frequentes nos idosos. Os factores externos, como a poluição, tabaco ou hábitos de vida inadequados (tais como, sedentarismo e stresse) são factores decisivos no seu aparecimento, aumentando a morbilidade (Monteiro & Izal, 1999; Garcia, 1999). A reabilitação acompanhada nas actividades de vida diária e prática de desportos (por exemplo, marcha e natação) são hábitos que fortalecem a musculatura, a activação da circulação sanguínea e o aumento da reserva pulmonar.

Alterações do sistema musculoesquelético

As alterações do sistema musculoesquelético são, conjuntamente com as alterações da pele, as mais visíveis e repercutem-se, sobretudo, na redução da estatura, podendo reduzir a altura em cerca de 5 cm nas mulheres e 2,5 cm nos homens (Garcia, 1999). Tal deve-se ao desgaste das vértebras, que acarreta o aumento da curvatura da coluna (cifose), enquanto os braços e as pernas

mantêm o seu comprimento normal, criando um efeito de desproporção. Os ombros ficam mais redondos e a cabeça mais inclinada para a frente e para baixo (Zimerman, 2000). Este é outro dos aspectos importantes na imagem estereotipada do idoso na sociedade.

Observa-se o aumento da porosidade óssea, podendo surgir patologias como a osteoporose e fracturas. Devido à baixa da deposição de cálcio, que afecta em maior número as mulheres no período pós menopausa, decorrente do défice de produção de estrogénios, hormonas reguladoras da síntese de cálcio intra-ósseo (Ermida, 1999). Também ocorre a perda da elasticidade articular, resultante da diminuição de colagénio e do aumento da deposição de cálcio intra-articular (Spar & La Rue, 1998); as articulações mais afectadas são as falanges proximais e distais do metacarpo das mãos, condicionando assim a destreza manual e, sobretudo, a amplitude dos movimentos. Podem surgir patologias inflamatórias, como as artrites (Monteiro & Izal, 1999). A diminuição da massa muscular acarreta perda da força muscular e vigor (Bendia & Riquelme 1997) relevante para a incapacidade na realização das actividades de vida diária. A adequação dos espaços físicos, o uso de acessórios ergonómicos e o treino manual de actividades como a pintura, a tecelagem e a moldagem tem um efeito benéfico.

Alterações do sistema gastrointestinal

No sistema gastrointestinal ocorre a menor produção da actividade enzimática e da resistência da mucosa gástrica. Perdem-se células da mucosa gástrica que se atrofiam e a digestão é mais lenta. Desta forma, assiste-se ao aumento do pH gástrico, tornando o ambiente gástrico mais ácido e mais esclerosante, o que pode fazer surgir, por exemplo, úlceras gástricas. As células musculares lisas do intestino morrem, condicionando a eficiência da absorção do conteúdo alimentar no processo digestivo. Há, igualmente, a perda significativa de hepatócitos e redução da circulação hepática, implicando a deficiente regulação hepática.

A dentição muda de forma e estrutura e a sua implantação nas gengivas torna-se menos resistente na utilização (Garcia, 1999). Assim, são mais comuns as cáries, gengivorragias e infecções orais. Com frequência recorre-se a próteses dentárias para minimizar esta situação, pois trata-se de um factor estético importante na interacção social, por exemplo, na demonstração de sentimentos e no sorrir.

Além disso, estas alterações diminuem o prazer de comer, podendo levar o idoso a sentir menor bem-estar e a acentuar os sentimentos de isolamento e a diminuir a preocupação em termos da qualidade, variedade e confecção das refeições (Saxon & Etten, 1987, citados por Montoiro & Izal, 1999).

Estas alterações são determinantes nos problemas nutricionais, podendo surgir estados de desnutrição, obstipação e má farmacocinética (Spar & La Rue, 1998; Ermida, 1999), mais frequentes entre 30% a 60 % de pessoas maiores de 65 anos (Garcia, 1999). As refeições constituem, ainda, um ritual social importante, onde se fazem negócios, tomam-se grandes decisões, estabelecem-se relações de amizade, reforçam-se outras e, em muitos casos, é o único momento em que a família se reúne.

Alterações do sistema genito/urinário,

A nível renal, a filtração glomerular diminui cerca de 50% aos 80 anos, condicionando por exemplo a farmacocinética dos medicamentos, as agressões de doenças, e a diminuição do fluxo sanguíneo renal (Ermida, 1999). Deste modo assiste-se ao aumento da concentração da urina e à diminuição da concentração de sódio, aumentando os riscos de desidratação e o aparecimento de edemas e hipertensão (Garcia, 1999).

A elasticidade da bexiga diminui, em especial na mulher (Spar & La Rue, 1998), por isso aumenta a sensação de necessidade de esvaziar a bexiga, mesmo que esta não tenha atingido a sua capacidade. A consequência mais significativa é a incontinência urinária, cuja prevalência atinge 19% das mulheres com mais de 60 anos; a incontinência tipo stresse nos homens é menos de metade do que a incontinência tipo “urgência” (Herzog *et al.*, 1990, citado por Montoiro & Izal, 1999).

A capacidade reprodutora da mulher diminui desde os 40 anos e tende a cessar entre os 50-55 anos, devido a alterações das hormonas (progesterona e estrogénio) que se encontram diminuídas. O tamanho do útero e a produção de lubrificação diminui, a mucosa vaginal atrofia-se e dificulta o acto sexual, tornando a resposta sexual mais lenta, apesar da possibilidade do orgasmo se manter.

Os homens apresentam diminuição da quantidade e qualidade do esperma e da força ejaculatória. A erecção é mais difícil, mas possível, o orgasmo é atingido de modo mais breve

e implica menos contracções da próstata, produzindo menos líquido seminal. A hipertrofia da próstata pode comprimir a uretra e favorecer a retenção urinária.

Estas alterações também dependem das atitudes, comportamentos, valores e oportunidades. Os factores psicológicos, como as experiências negativas prévias, má informação, mitos e algumas doenças associadas (tais como, diabetes e doenças sexualmente transmissíveis) podem influenciar mais a sexualidade, do que as alterações inerentes ao envelhecimento.

Alterações do sistema imunitário e hormonal

Ao nível hormonal verifica-se a diminuição das hormonas sexuais (estrogénio e progesterona) afectando o sistema endócrino nas funções homeostáticas de controlo (Monteiro & Izal, 1999). Ocorre a desregulação na produção das células T, na resposta imune, que se torna indiferenciada. Deste modo, diminui a transleucina-2, importante proteína reguladora da resposta das células B (*células mãe*) da medula óssea, produtoras das células T, o que provoca a diminuição na velocidade de reconhecimento dos anticorpos, na sua eficiência de actuação. Por sua vez surgem auto-anticorpos (anticorpos alterados geneticamente) que dificultam a actuação dos anteriores, aliado ao facto de surgir uma involução do timo (Spar & La Rue, 1998). Na saliva também se encontram diminuídos os anticorpos, condicionando a actuação do sistema imunitário (Garcia, 1999), o que aumenta a susceptibilidade a infecções e o aparecimento de doenças oncológicas, principalmente, o cancro do cólon, mama, e próstata.

Também, aqui, é importante a influência de variáveis psicológicas e sociais na resposta auto-imune, na presença de situações de stresse e deficiente apoio social (Kiecolt-Glaser & Glaser, 1999). Muitas destas patologias aparecem associadas a pessoas com problemas do foro depressivo e com baixos recursos económicos. Um acompanhamento psicoeducativo aos idosos e suas famílias, fornece informação e treino em algumas situações prejudiciais como: na detecção de sintomas, diagnóstico da depressão e infecções.

Alterações associadas ao funcionamento sensorial

As alterações sensoriais têm um enorme impacto na autonomia pessoal, na interacção familiar/social e na capacidade de adaptação ao meio ambiente externo.

A visão é influenciada pela atrofia dos tecidos periorbitários e displasia dos canais lacrimais, resultando na diminuição da drenagem lacrimal, apesar dos olhos ficarem mais chorosos. Concomitantemente, existem mudanças no cristalino e no íris que desencadeiam perda da acuidade visual (presbiopia), pois as proteínas do cristalino oxidam e acumulam-se no centro formando as cataratas, o que torna a visão mais opaca e menos flexível. Desta forma, a pessoa perde a nitidez visual em objectos em movimento e diminui a adaptação à luz e escuridão. Em alguns casos, ocorre a diminuição do campo visual, por norma, em 30% das pessoas a partir dos 65 anos (Monteiro & Izal, 1999; Garcia, 1999; Zimernan, 2000). Estas alterações implicam menor sensibilidade na distinção de cores azuis, verdes e violetas, assim como, no contraste, dificultando a percepção da profundidade. Estas circunstâncias podem condicionar diversas actividades, tais como conduzir a noite, ler, ir às compras, cozinhar ou limpar.

Na audição, as alterações surgem a partir dos 20 anos, sobretudo no que toca à sensibilidade a sons de alta-frequência (Monteiro & Izal, 1999). Porém, são mais frequentes acima dos 60 anos e manifestadas por presbiacusia. A causa encontra-se na alteração central do processo auditivo, ainda pouco conhecido (Garcia, 1999). Além disso, as células pela propagação de sons no ouvido interno e pela estimulação dos nervos auditivos degeneram-se, sendo este processo mais frequente nos homens (Monteiro & Izal, 1999; Zimerman, 2000). Os problemas de visão evoluem de modo gradual e progressivo, condicionando a adaptação aos obstáculos do meio externo e provocando situações de isolamento, insegurança e confusão.

O gosto/paladar diminui, principalmente ao nível da sensibilidade aos sabores doce e salgado. A sensação menos atingida é a discriminação do amargo e do ácido. Estas alterações são resultado da degeneração/diminuição das papilas gustativas e da elevação do limiar de estimulação central. Este factor condiciona o prazer de comer e saborear, podendo acarretar que os idosos façam uma alimentação mais pobre, na variedade e na qualidade, diminuindo a sua participação activa na sociedade e na família. Outros factores externos podem potencializar estas alterações como o consumo de tabaco e os maus hábitos de alimentação prévios (Monteiro & Izal, 1999).

No olfacto existem alterações na acuidade e discriminação de cheiros que implicam perigo: por exemplo, relativamente ao gás e outros odores corporais. Estas circunstâncias

podem provocar falta de hábitos de higiene adequados e potencializar acidentes. O limiar da estimulação pode chegar a ter de se elevar 10 vezes, uma vez que ocorre a redução do número de receptores olfactivos das vias respiratórias altas e a atrofia da mucosa oro-faríngea, o que pode ser agravado pelo uso medicamentosos.

No tacto observa-se a atrofia cutânea, diminuição/degenerescência dos receptores tácteis e o atraso na transmissão do impulso nervoso. Implica uma diminuição da resposta aos estímulos tácteis e a elevação do limiar da dor após os 50 anos. As carências vitamínicas, o alcoolismo, a diabetes e a arteriosclerose, agravam o défice do influxo nervoso. Estes factos são importantes na expressão da doença, no diagnóstico e na prescrição medicamentosa.

Estas circunstâncias exigem: a adequação dos espaços físicos, na disposição e sinalização, para protecção de acidentes; o uso de próteses auditivas, visuais e de deambulação; assim como, o uso de apoios para realização das actividades de vida.

Alterações neurológicas

As alterações neurológicas reflectem-se na perda de neurónios, substituídos por tecido glial, e na diminuição do fluxo sanguíneo, o que acarreta a diminuição dos neuromediadores e o aporte de oxigénio/glicose (Garcia, 1999; Ermida, 1999) Estas ocorrências têm impacto em aspectos cognitivos. Salthouse, 1991 após uma vasta revisão da literatura, destacou algumas modificações: ao nível da interpretação da informação não verbal, como por exemplo nos gestos e nas expressões faciais; nas capacidades de respostas rápidas perante situações novas; na aquisição de novos conceitos e na aplicação de conceitos existentes; nos raciocínios abstractos; nas competências psicomotoras e nas actividades preceptivas. Estas manifestam-se, ainda, no aumento da insónia e na fadiga durante o dia (Zimerman, 2000). Neri (1995 citado por Rebellato & Morelli, 2004) ressalta também: a lentidão na tomada de decisões e no controle da acção; os prejuízos na memória operacional e na memória episódica, no défice de atenção e nas capacidades de novas aprendizagens; e redução do auto-controle instrumental.

Alguns aspectos positivos têm vindo a ser enfatizados: capacidade de adaptação, devido à maior selectividade sócio-emocional; capacidade para estabelecer prioridades; maior prudência e precisão na realização de tarefas; mais agilidade na resolução de problemas;

melhor capacidade de interpretar informação verbal; mais facilidade na execução de tarefas familiares e no uso de conhecimento acumulado (Rebellato & Morrelli, 2004).

Alguns estudos epidemiológicos realizados em vários países mostram que apenas 4% dos idosos com mais de 65 anos apresentam incapacidade acentuada e alto grau de dependência, contra 20% que apresentam um leve grau de incapacidade. Nestes casos, 13% dos que têm entre 65 e 74 anos e 25% dos que estão entre 75 e 84 apresentam incapacidade moderada. Acima dos 85 anos, quando a sensibilidade à incapacidade é de 4/5 vezes maior que aos 65 anos, o percentual de portadores de incapacidade moderada sobe para 46% (Gatz, 1995)

Estes estudos revelam que as alterações fisiológicas provocadas pelo envelhecimento, a nível fisiológico e cognitivo, não implicam que os idosos a nível intelectual e na dinâmica relacional, o potencializem ou exacerbem. Como já foi dito, a realização de actividades físicas, como passear, marcha ou dançar, são pertinentes no reajustamento da capacidade pulmonar e fortalecimento da musculatura acessória. Os cuidados de higiene, os exercícios de contracção muscular (exercícios de Kegel) e as cirurgias de correcção podem atenuar ou prevenir alguns destes problemas.

3.2.2. Envelhecimento psicossocial

O envelhecimento tem impacto ao nível das relações sociais (Izal & Montoiro, 1999; Zimmerman, 2000; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). Os idosos apresentam mudanças, nos estatutos, papéis e redes sociais, pois sofrem a influência de diversos factores psicossociais: alteração da situação conjugal, principalmente, a viuvez; diminuição do contacto com amigos e colegas, devido à reforma, a algumas diminuições funcionais que impedem a realização de actividades e, igualmente, porque grande parte dos elementos da rede social estarão também já na velhice, por isso vivendo as mesmas dificuldades.

Fernandes (2001) refere que na passagem para a categoria de reformado há uma perda de estatuto social (desvalorização), que acaba por constituir uma forma de exclusão social, que origina uma crise de identidade e a diminuição da auto-estima no idoso, tendo impacto na forma como enfrenta os desafios que a família, a sociedade e o trabalho lhe impõem. Por

exemplo, actualmente chega a haver mais avós do que netos, o que denota uma sociedade envelhecida e o aumento significativo das famílias intergeracionais (Fernandes, 2001).

A estrutura da família alterou-se, implicando mudanças nas relações do idoso com a família, emergindo a *geração sanduíche* ou intermédia, aquela que está entre os filhos jovens e os pais idosos (Alarcão, 2000; Relvas, 1996). Esta geração, por um lado, acumula a função de cuidados aos filhos e netos, com os cuidados aos pais idosos. Mas, os pais idosos podem ter funções facilitadoras da sua vida: apoiar nos cuidados aos filhos/netos; facilitar momentos de lazer ao casal que constitui essa geração (Alarcão, 2000).

Estas alterações sociais, familiares e demográficas constituem desafios para as políticas sociais e económicas. Algumas teorias do envelhecimento permitem compreender, prever e explicar as mudanças que, com o tempo, a idade produz no funcionamento psicológico e social (Narro, Herrera & Maceira, 1996; Fernández-Ballesteros, 2000).

Os modelos do desenvolvimento humano, que o organizam em estádios ou fases (Piaget e Erikson, são os principais expoentes), conceptualizam a velhice como uma outra fase do desenvolvimento, com características próprias, situada cronologicamente em torno dos 65 anos. Ao longo da vida, os objectivos, preocupações e desafios vão-se alterando, na velhice destaca-se: a reaproximação entre pais e filhos; a valorização de situações mais expressivas tais como dar/receber cuidados e atenção; a redução dos contactos sociais; o emergir de novas relações sociais, para substituir as que se vão perdendo (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

A teoria do *life-span* (desenvolvimento co-extensivo à duração da vida) é uma das mais representativas do envelhecimento psicossocial (Neugarten, 1975; Baltes, 1987; Birren, Cunningham & Yamamoto, 1983; Lener & Hultsch, 1983; Uttal & Permuter, 1989). Este movimento originou-se com o aumento do número e proporção de idosos na população, procurando a sua dignificação e valorização. O aspecto mais distinto é o facto de assumir que o desenvolvimento cognitivo não termina com a adolescência, mas é um processo contínuo ao ciclo de vida (Alexander & Langer, 1990, citado por Lourenço, 1997). Preconiza que a sabedoria, prudência e respeito pela vida prática ocorrem na vida adulta e, sobretudo, durante a velhice (Clayton & Birren, 1980; Holliday & Chandler, 1986; Sternberg, 1990 citados por Lourenço, 1997). Neste modelo, comparam-se idosos com a mesma idade, mostrando as

diferenças do envelhecimento e demonstrando a confusão entre os efeitos da idade (envelhecimento biológico) e as alterações desencadeadas pelo meio externo (envelhecimento social) (Fernández-Ballesteros, 2000).

O ciclo da vida é definido em por momentos-chave que exigem mudanças substanciais a nível individual, familiar e social, tais como: matrimónio, nascimento de um filho, alterações na vida profissional. Trata-se de um conceito multidireccional e multidimensional onde ocorrem ganhos ou perdas ao longo do desenvolvimento pessoal. Neste sentido, Baltes (1987) estabeleceu um conjunto de pressupostos relativos à velhice:

- Ao longo da vida existe um balanço entre o crescimento (ganhos) e declínio (perdas). No período da velhice o declínio é maior que o crescimento, mas ambos ocorrem ao longo do ciclo de vida.
- Existem funções psicológicas que declinam com a idade (inteligência fluida) e outras que não declinam (inteligência cristalizada).
- Ao longo do ciclo de vida a variabilidade interindividual aumenta, logo as pessoas mais velhas são mais diferentes entre si.
- Existe uma capacidade de reserva ao longo do ciclo vital, que se expressa através da possibilidade de compensar o declínio, mediante o exercício ou manipulações externas (Fernández-Ballesteros, 1996, citado por Fernández-Ballesteros, 2000). Por exemplo no exercício físico e jogos de raciocínio mental.
- A variabilidade existente entre os idosos apresenta-se sob três formas de envelhecer: normal, patológica e bem sucedido. O envelhecimento bem sucedido pode ser alcançado através de mecanismos de selecção, optimização e compensação (que podem ser exercitados) (Fernández-Ballesteros, 1998 citado por Fernández-Ballesteros, 2000). Por exemplo: nas actividades de lazer, no associativismo e/ou no voluntariado.

Desta forma, realça-se a reacção a acontecimentos externos, num *feedback* de ganhos e perdas e uma capacidade de reserva ao longo do ciclo de vida. Referenciados no conceito de *plasticidade*, constituída por recursos internos (por exemplo, a capacidade cognitiva e a saúde física) e externos (por exemplo, rede social e o estatuto económico), disponíveis num dado momento (Schulz & Heckhausen, 1996), permitindo a activação de mecanismos de *coping*.

Adjacente, existe outro tipo de plasticidade, denominada resiliência que permite uma activação de recursos latentes: as *genotípicas* (diferenças individuais, quanto à capacidade de resposta a determinada situação), para a manutenção e recuperação dos níveis de adaptação normal; e as *fenotípicas*, fenómenos externos que influenciam e activam os mecanismos de adaptação. Desta forma, sugere-se a existência de uma reserva pessoal, diferente e subjectiva em cada sujeito, que pode ser activada, desenvolvida e influenciada. Por exemplo: há preservação de alguns mecanismos intelectuais (inteligência cristalina) que podem ser exercitados, compensando o declínio.

Tal pode ser fundamental para enfrentar alguns acontecimentos de vida associados ao processo de envelhecimento, tais como: viuvez, dependência, reforma, isolamento, solidão, pobreza, depressão e morte (Izal & Montoiro, 1999; Zimmerman, 2000; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). Assim, benefícios e/ou riscos podem ser atenuados se existir uma preparação prévia.

Principalmente, as sociedades ocidentais têm vivido intensas mudanças sociais, onde impera a evolução científica e tecnológica, referenciadas na Teoria da Modernidade (Cowgill, 1974). O autor testou a sua influência no envelhecimento, considerando o idoso, improdutivo e conservador, realçando os avanços tecnológicos e científicos, muito difundidos com a industrialização. Assim, estabelece uma relação estreita entre envelhecimento e modernização.

No entanto, em sociedades primitivas é mais complicada a sua aplicação visto os papéis do idoso serem diferentes (Williamson, Evans & Powel, 1982; Dowd, 1980), assumindo funções de responsabilidade, como líder e/ou conselheiro. Também apresenta certas dificuldades em sociedades orientais, onde os idosos permanecem nas redes de família tendo um estatuto elevado na sociedade (Palmore, 1975, citado por Narro, Herrera & Maceira, 1996).

Quando existe uma influência do meio ambiente, aparece a ênfase ecológica aliada ao ciclo vital. O indivíduo emerge como activo, dotado de poder manipulativo sobre o meio ambiente físico e social (Bell, 1968, citado por Narro, Herrera & Maceira, 1996). Assim, na interacção com o meio, o indivíduo pode escolher as suas acções, objectivos e metas. No desenvolvimento pessoal, as representações cognitivas (imagens mentais) organizam-se em função de interesses próprios, expectativas, motivações e de aspectos cognitivos, como é

evidenciado por Thomae (1968, citado por Narro, Herrera & Maceira, 1996). São essas escolhas que fazem com que idosos da mesma idade tenham envelhecimentos de modo diferente.

Nessas variações surgem diversas reacções, que podem proporcionar uma adaptação bem sucedida, expressas na teoria da actividade (Havighurst, 1987), que apresenta a actividade como a base do envelhecimento saudável. Autores como Palmore (1968, 1969), Tartler (1961) e Fontana (1977) trabalharam na base desse modelo, estudando vários aspectos: económicos, satisfação pessoal, substituição das actividades anteriores por outras (reforma), sentimento de utilidade e perda de funções/participação nas redes familiares. A literatura revela que o idoso participa activamente em profissões como: agricultura, produção animal, caça e silvicultura (INE, 2002); trabalho informal (tais como, guias turísticos, voluntários, explicações, cuidadores de saúde informais); promoção do cuidado infantil (AARP, 2004); conselheiros, guias educacionais. Muitas vezes tornam-se *janelas do passado* (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004), um elo de ligação entre o passado e o presente, que constitui um sentimento de utilidade e de adaptação importante na sua vivência.

Os idosos com um envelhecimento activo adaptam-se melhor e alcançam um envelhecimento mais saudável (Narro, Herrera & Maceira, 1996). Tal resulta da percepção da capacidade de consecução dos objectivos pessoais e da manutenção de uma interacção social adequada que considere as trocas interpessoais (Fernandes, 2000). No entanto, esta teoria não é capaz de explicar uma boa adaptação na velhice porque nem todo o descomprometimento conduz inevitavelmente a um sentimento de satisfação na população idosa (Kalish, 1975, citado por Simões, 1982).

A teoria da continuidade (Fernandéz-Ballesteros, 2000) realça a relação entre a teoria da actividade e a da ênfase no ciclo vital, situando-se num contínuo desenvolvimento do indivíduo adulto que inclui a sua adaptação as situações externas negativas (Maddox, 1963; Actley, 1989, 1999). Nas mudanças significativas na saúde, na funcionalidade, assim como em circunstâncias sociais, as pessoas idosas mostram uma considerável consistência através do tempo: nos padrões do pensamento, nas actividades e nas relações sociais. Como se reflecte na teoria da desvinculação (Cummings, 1961), a desvinculação do indivíduo chega, apenas, aquando da morte. Esta teoria apresenta a relação que o idoso, como ser activo, estabelece

com a perda funcional associada ao envelhecimento. O desejo de continuar motiva as pessoas a prepararem-se previamente para mudanças, como a reforma, viuvez e incapacidade. Segundo Fernández-Ballesteros, 2000 uma elevada proporção de pessoas tomam medidas para prevenir as doenças crónicas e a incapacidade associada, de modo a melhor controlar e adaptarem-se ao longo do processo de envelhecimento. Deste modo, conseguem que a continuidade *jogue* um papel importante em qualquer tipo de adaptação. No entanto, todos os indivíduos, apesar de construírem a sua personalidade, possuem características genéticas ou físicas que disponibilizam, perante as mesmas situações, reacções e tomadas de decisão diferentes na sua adaptação

Uma parte substancial dos idosos vivem sós ou em casal de idosos (INE, 2002), o que vai de encontro a outra teoria: a da Subcultura (Rose, 1970). Este autor compara o isolamento do idoso a uma “*ilha*”, uma vez que estão sujeitos a mais perdas de pessoas significativas, do que os mais novos.

Na velhice, os elementos do casal tendem a exacerbar aspectos de dependência e proximidade, de tal forma que se expressam em características físicas (vão ficando parecidos) (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). Neste âmbito, existe uma subjectividade individual intrínseca, porque todos envelhecem de maneira diferente, no entanto, também apresentam características comuns enquanto grupo (Fernández-Ballesteros 2000), o que os isola de outros grupos sociais: uma forma de discriminação idadista implícita.

Todas estas teorias acabam por ter implicações no desenvolvimento das imagens sociais da velhice e do envelhecimento. São importantes na direcção das políticas sociais para a maximização e estimulação da actividade na velhice (Fernández-Ballesteros, 2000).

CAPÍTULO 2

IMAGENS DA VELHICE E ENVELHECIMENTO

Nas últimas décadas assistiu-se um nítido processo de envelhecimento demográfico, tendo o número de pessoas idosas duplicado (INE, 2002). Este facto deveu-se aos avanços tecnológicos e científicos, bem como à difusão e globalização de conhecimentos. A velhice e o envelhecimento são fenómenos influenciados por valores e ideologias de contexto histórico e cultural, suscitando grande controvérsia, aquando do aparecimento das sociedades envelhecidas. Desta forma, tornou-se um fenómeno importante de estudo, principalmente, pelo seu enorme impacto.

As pessoas tendem a, quase automaticamente, categorizar os outros (e os próprios) em torno de três grandes dimensões: idade, raça e género. De modo mais ou menos consciente, a idade determina a interacção, uma vez que pela idade percebida no outro se inferem um conjunto de competências e características cognitivas, funcionais, religiosas e espirituais (Cuddy & Fiske, 2002), que se manifestam em imagens.

A imagem deixa de ser apenas uma entidade de caracterização física, para passar a ser uma entidade complexa, multidimensional e global de representação social dos estereótipos, atitudes, crenças e mitos, com impacto na produção de informação e na tentativa de convencer e transformar conhecimentos. As imagens da velhice têm sido associadas a: solidão, isolamento, dependência e perda das capacidades/funções e morte (Lehr & Thomae, 2003). Desta forma, torna-se importante estudar as imagens *idadistas* e *velhistas*.

1. IMAGEM: CONCEPTUALIZAÇÃO

As imagens têm duas funções (Bodenhausen, 1990): fazer juízos (para o melhor e o pior) e oferecer informação que regula a interacção com os outros. Estudos recentes indicam que as imagens associadas à velhice e ao envelhecimento são multidimensionais e complexas, englobando comportamentos, representações, emoções e crenças que manifestam-se ao longo da vida.

Apresentam-se em vários tipos, por isso distinguimos imagens: mentais, sociais e culturais. Quando se repercutem no fenómeno do envelhecimento estas assumem formas

de discriminação como o *Idadismo* e o *Velhismo*, conceitos que apresentam características diferentes na sociedade.

1.1. IMAGENS: CONCEITO

O conceito de imagem parece, à partida, de fácil definição, mas uma análise mais exaustiva da literatura revela que é de difícil precisão. Essa dificuldade emerge desde os primórdios da história, quando o filósofo Platão se debruçava sobre a relação entre a imagem e a realidade, definindo a imagem como “as sombras” e “os reflexos” de superfícies e de todas as representações semelhantes.

Etimologicamente imagem deriva do latim *imago*, que significa toda e qualquer visualização gerada pelo ser humano, seja em forma de objecto, obra de arte, registro fotomecânico, construção pictórica (pintura, desenho, gravura) ou pensamento. Também se entende, em matemática e outras ciências exactas, ou por analogia, o termo imagem como representação de alguma coisa (Wikipedia, 2006). Esta definição reforça a ideia anterior, relativa à forma fisiológica como o ser humano constrói e manifesta o pensamento acerca das observações que faz, traduzindo-a numa representação.

O termo imagem aparece no dicionário de Português (Infopédia, 2006) como surgindo da revivescência de uma percepção na ausência do estímulo que a provocou, isto é, um conjunto de conceitos e valores que as pessoas associam a determinada pessoa, objecto, produto ou instituição. Nesta definição a imagem construída pela pessoa, aliada a um sistema de valores (cultura), exerce inevitavelmente influência na construção da percepção e do pensamento. Também tem sido definida como um acto que, na sua incorporalidade, trata de apreender um objecto ausente ou inexistente através de um conteúdo físico ou psíquico (Villafañe, 1987).

A literatura sugere que a imagem é a forma reflexiva de uma entidade: dum objecto ou uma pessoa; ou resulta de um comportamento, estereótipo, representação ou de um mito (Vinner, 1983, 1991; Villafañe, 1987; Infopédia, 2006; Wikipedia, 2006; Domingos, s/d; Priberam, 2006).

As imagens possuem um enorme potencial aliado à linguagem, pois com a globalização, há um sistema de produção industrial e tecnológica de informação e

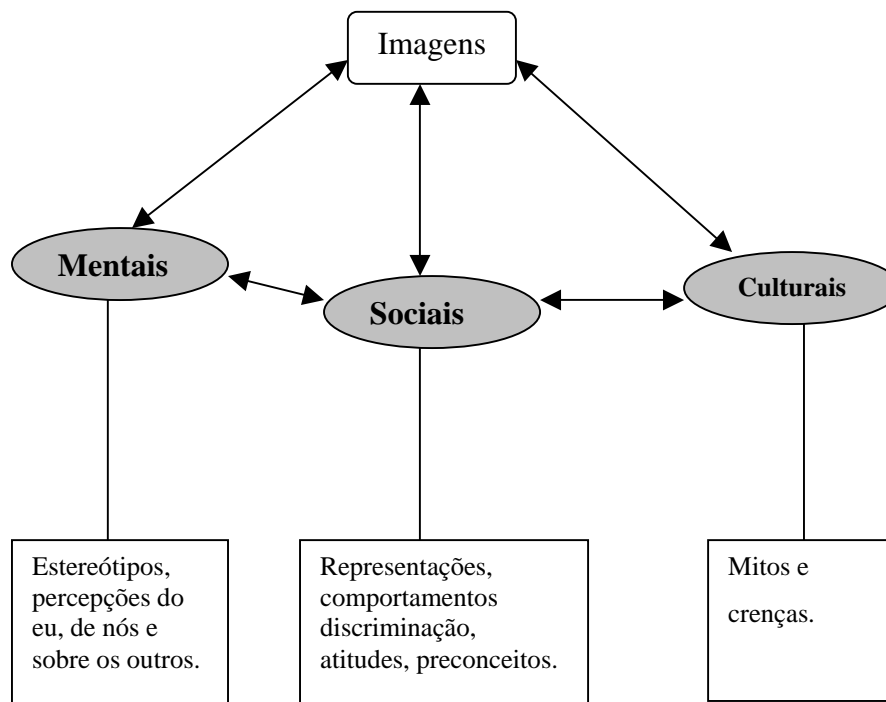
publicidade associado. Por um lado, têm como objectivo apresentar os acontecimentos e informar, mas por outro, tentam seduzir, argumentar e convencer. Na actualidade a imagem tem um impacto significativo: na família, sociedade, cultura, ecologia e, mesmo, na economia. A forma como nos comportamos ou reagimos fazem de nós um estilo, uma imagem que condiciona a forma como os outros reagem. Este processo apresenta especificidades quando se reporta à velhice e ao envelhecimento.

1.2. IMAGENS: MENTAIS, SOCIAIS E CULTURAIS

As imagens constituem uma entidade global na qual se podem inserir diversos conceitos, tais como percepções, comportamentos e mitos. Para melhor sistematização temática organizam-se as imagens em subcategorias. É evidente que na prática social aparecem relacionadas e não se sabe a direcção das suas forças de influência, onde se encontram e qual a sua intensidade. Destacamos, após revisão bibliográfica (Moscovici, 1961, 1981, 2003; Lerner & Hultsch, 1983; Ferreira, 1986; Deschamps & Beauvois, 1996; Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Lima, 1997; Castro et al, 1999; Maia, 2002; Mora, 2002; Karuse, 2002; Martins & Rodrigues, 2004; Araújo & Carvalho, 2004; Cabecinhas, 2004; Infopédia, 2006), a seguinte formulação (figura 1):

- a) Imagens mentais: inclui estereótipos, percepções do “eu” e do “nós” e sobre os “outros” (por exemplo, dos idosos e não idosos em relação aos idosos).
- b) Imagens sociais: envolve as representações, comportamentos, discriminação, atitudes e preconceitos (por exemplo, em relação à velhice e ao envelhecimento).
- c) Imagens culturais: compreende os mitos, crenças e *tabus* que se estabelecem depois de um determinado tempo, tornando-se num código (por exemplo, gerontológico e intergeracional).

Figura 1. Imagens: mentais, sociais e culturais



As imagens mentais referem-se à representação interiorizada e estruturada de objectos ou acontecimentos, que foram seleccionados pelo sujeito e que podem ser evocados. Constituem traços permanentes a partir dos quais se torna possível aceder a processos de identificação, antecipação e evocação. Assim, ao imaginar-se um qualquer objecto, está-se a produzir uma imagem mental, que pode ser constituída por: som, movimento, cor e/ou temperatura, ou seja, pode ter todas as características da realidade material. A imagem pode existir sem uma história que a contextualize, tornando-se apenas uma recordação e assumindo um carácter intrínseco da formação e construção pessoal de uma realidade percebida.

As percepções inserem-se nas imagens mentais, constituindo um tipo de cognição com características específicas, isto é, um registo mental consciente de um estímulo sensorial, uma consciência de objectos ou de outros dados através dos sentidos (CIE/CIN, 2001). As percepções envolvem uma cognição, ou seja, um processo intelectual que abrange aspectos como o pensamento, raciocínio e memória, que podem levar a reter ou abandonar acções tendo em conta o conhecimento pessoal. Contribuem para a génese de imagens mentais: a conceptualização (pensamento) sobre um estímulo sensorial

(percepção), leva ao armazenamento de actos mentais (memória), que se vão traduzir em ideias, sensações, pensamentos ou conhecimentos.

As imagens mentais são uma forma de pensar, interpretar, perceber e de formar estereótipos. O termo estereótipo foi inicialmente utilizado para definir uma placa metálica de caracteres fixos, destinados à impressão em série, adquirindo posteriormente uma conotação psicossocial (Lima, 1997). Segundo Lippman (1922, citado por Maia, 2002) os estereótipos referem-se à *zona tampão* situada entre a realidade e a nossa percepção, cuja principal função é simplificar ou sistematizar a abundância e complexidade de informação recebida do meio, com vista à sua adaptação cognitiva e comportamental.

Os estereótipos constituem uma imagem mental simplificada de alguma categoria de pessoas, objectos e/ou instituições, em que os acontecimentos são agrupados em características essenciais por um grande número de pessoas. São juízos que se vão desenvolvendo a partir das experiências e informação que se possui de pessoas ou grupos, podendo influenciar os comportamentos que se vão construindo ao longo da nossa vida. (Martins & Rodrigues, 2004). Tornam-se numa crença quando são generalizados, combinando a cognição com afectividade, levando à formação de atitudes (imagens sociais) (Lerner & Hulsch, 1983; Castro, Diaz & Veja, 1999). Estes acabam por se revelar nas interacções sociais, originando uma construção ou representação social (imagem social) e quando se generalizam levam à formação de crenças e mitos (imagem cultural).

Nas imagens sociais incluem-se as atitudes, os preconceitos, os comportamentos, as representações e discriminações sociais

As representações são, em geral, definidas como um “conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, imaginação, memória ou pensamento” (Ferreira, 1986: 1220). Quando um ser humano faz uma representação existe, inevitavelmente, uma influência social. A história das representações sociais insere-se na interacção entre os actores sociais, englobando o fenómeno e o contexto que os rodeia. Durkheim é o primeiro autor a centrar-se no estudo das representações sociais, quando em 1898, na obra “*Revisão da Metafísica e da Moral*”, estudou as forças sociais que exercem influência num indivíduo, na criação de padrões morais de representação individual e colectiva. Para tal, baseou-se em dicotomias entre o individual e o social, trazendo a abordagem da colectividade através das crenças, valores e religião, como factores influentes da representação. Em 1961, Moscovici elaborou a Teoria das Representações Sociais, substituindo a noção de colectividade por

sociedade, considerando este termo como mais geral, influente, dinâmico, abrangente e complexo. Apresenta a sociedade como uma modalidade particular de conhecimento, cuja função é a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos (Moscovici, 1979, citado por Mora, 2002).

Jodelet (1984) afirma que as representações sociais designam uma forma de conhecimento, um saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos gerais e funcionais socialmente caracterizados. Consiste em interpretar uma realidade, através da comunicação intergrupar, numa troca de valores e ideologias, traduzidas por representações sociais, numa modalidade de pensamento prático (Deschamps & Beauvois, 1996). Esta abordagem conceptual da transmissão de conhecimento sobre qualquer realidade, traduz-se na prática por uma representação, cuja finalidade é apresentar uma realidade pouco conhecida, a partir do que dela se sabe. Ou seja, representar é tornar algo estranho, em algo familiar, próximo e prático, mais global e uniforme (Moscovici, 1981).

Em relação à estrutura das representações sociais, Moscovici (1961, 2003) apresenta-as em duas faces indissociáveis *como uma folha de papel*, que possui frente e verso. Uma face figurativa e outra simbólica num processo de objectivação e ancoragem. A objectivação consiste numa transformação de conceitos abstractos ou de objectos estranhos em experiências e materializações concretas (Deschamps & Beauvois, 1996). Assim, os elementos da representação organizam-se e a observação transforma-se em realidade percebida (objecto social), criando um substrato de informação (materialização). A ancoragem é um processo de formação das representações sociais que assenta no princípio da familiaridade, que dá sentido ao objecto que se apresenta à nossa compreensão, um caminho inverso da objectivação, em que os grupos sociais convertem o objecto social (por exemplo, a velhice) em sistemas científicos, quadro de referências, rede de significados, valores e conceitos (por exemplo, o idadismo).

Moscovici (1976) considerou três dimensões nas representações sociais: o campo de representação ou imagem; a informação; e a atitude. O campo refere-se à estrutura interna de conteúdos do objecto de representação, como uma unidade de elementos organizada, estruturada e hierarquizada. A informação alude à quantidade e qualidade das informações que o grupo possui em relação a determinado tema social, isto é, tudo aquilo que a pessoa conhece do objecto da representação. A atitude reporta-se às orientações

positivas e negativas em relação ao objecto socialmente representado, repercutindo-se numa atitude favorável, desfavorável ou neutra (Araújo & Carvalho, 2004).

Na mesma linha, Moscovici (1988) diferencia três representações sociais: as hegemónicas (bases sociais), as emancipadas (diferenciação dos grupos) e as polémicas (divergências). Permite saber quais os modelos perceptivos/cognitivos, para a construção de conhecimento (informação), sobre a visão negativo ou positiva de grupos sobre grupos (por exemplo, dos idosos sobre os não idosos, dos idosos sobre os idosos).

Vala (1993), menciona que nas representações sociais existem três critérios: quantitativo – uma representação social existe na medida em que é compartilhada por um conjunto de indivíduos (difusão de conhecimento); genético – uma representação é social no sentido em que é colectivamente produzida (resultado de actividade cognitiva e simbólica de um grupo social); e funcionais – as representações sociais constituem guias para a comunicação e acção. Podem ser aplicadas aos vários objectos sociais, porque contextualizam qualquer avaliação e apresentação de uma significação.

A discriminação como imagem social refere-se a atitudes que prejudicam os sujeitos pertencentes a determinados grupos sociais. Engloba uma diferenciação injusta e arbitrária, com base na crença de que os indivíduos pertencentes a determinadas categorias possuirão características indesejáveis. A discriminação directa refere-se ao tratamento menos favorável a alguém com base na sua pertença a um determinado grupo. A indirecta indica que, apesar de não se existir uma discriminação formal, são aplicadas condições ou requisitos que se sabe à partida não existirem na maioria dos elementos do grupo que se quer discriminar. O género, etnia, raça, nacionalidade e religião têm sido ao longo da História algumas categorias relativamente às quais se verificou discriminação.

A pertença grupal, na maioria dos grupos sociais, está associada aos sinais externos dos seus membros, como atributos físicos ou características que intencionalmente exibem de forma a afirmar a sua pertença e a diferenciar-se de outros grupos (Cameira *et al.*, 2002). Os preconceitos aparecem associados às atitudes discriminatórias, de conhecimentos pejorativos, de alguém que é diferente, sendo as formas mais comuns a racial e sexual (Wikipédia, 2006). São construídos a partir das necessidades pessoais dos indivíduos que os defendem, relativamente a tudo o que é diferente do seu “clã” (grupo de pertença). Assim, a discriminação e os preconceitos que lhe estão associados, inserem-se nas imagens sociais.

Toda estas representações sociais podem ser organizações expressas de opiniões, atitudes e estereótipos (Jodelet, 1988). Constituem-se como entidades complexas, em que os conteúdos podem ser distinguidos e organizados consoante as diferentes formas em que aparecem (Karuse, 2002). Ou seja, em alguns casos os estereótipos podem ser considerados uma imagem mental, quando elaborados pela mente humana; mas também podem ser uma imagem social quando se manifestam como representação de um grupo. Na prática do comportamento quotidiano esta distinção é muito difícil, pois as componentes sociais e mentais interagem e misturam-se na vida de cada pessoa.

Nas imagens culturais inserem-se os mitos e as crenças acerca dos indivíduos ou de objectos.

As crenças podem ser consideradas um hábito de acção, surgindo dos fins e das funções que estão associados aos actos e podem estabelecer-se como uma regra de acção ou uma atitude. Podem ser falsas ou verdadeiras, mas o importante é a determinação com que os indivíduos passam à acção relacionada com o tipo de crença (Infopédia, 2006).

As crenças podem levar à formação de mitos, que são definidos metaforicamente por Fernando Pessoa como um *“nada que é tudo”*, relevando a sua aparente contradição e mostrando a dificuldade da interpretação do fenómeno. São uma construção/representação simbólica (Martins & Rodrigues, 2004) ou uma representação simplista, geralmente admitida por todos os membros de um grupo, susceptível de fornecer uma explicação do real, nomeadamente em relação a certos fenómenos naturais ou a algumas facetas do comportamento humano (Infopédia, 2006).

Estes critérios levam a interpretações diferentes, para uns são apenas histórias fantásticas, sem relação com a realidade, para outros simbolizam fenómenos naturais ou são a expressão dos conflitos inconscientes. Assim, podem ser comparados com a ideologia e a utopia, sendo mais uma fonte de motivação à acção por parte da consciência colectiva, mesmo sem suporte da realidade objectiva. Também é relevante o carácter intemporal que assumem e o impacto na sociedade. Por mais que sejam desmistificados, os mitos perduram, são de difícil mudança, porque quando interagem nas gerações, servem como quadros de referência social

Esta divisão entre imagens mentais, sociais e culturais, serve para categorizar diferentes conceitos, que no comportamento social e individual são difíceis de destrinçar e

que em termos de investigação são difíceis de operacionalizar. Assim, o conceito de imagem acaba por ser o mais abrangente, dando uma visão global destas temáticas.

1. 3. IDADISMO E VELHISMO

O envelhecimento está a produzir uma série de problemas sociais a vários níveis, que muitas vezes são complexos e de difícil detecção. Um desses problemas é a discriminação social veiculada através de comportamentos, atitudes e preconceitos presentes nas interacções diárias com os idosos e/ou difundidos através dos meios de comunicação (Ferreira-Alves & Novo, 2006).

Moscovici (1961) apresenta a velhice e o envelhecimento como uma nova condição de realidade subjectiva, onde as representações surgem no intercâmbio de interacções colectivas constituindo uma matriz, onde se englobam o pensamento comum e o instrumental, por oposição ao conhecimento científico. Assim, “mascaram-se” os objectos sociais (velhice e envelhecimento), pois a representação não é uma cópia da realidade.

A discriminação relacionada com a variável idade, atinge proporções que permite a todos (idosos e não idosos) construir imagens com base nessa característica e em todas as que lhe estão associadas, originando o termo: o idadismo (*ageism*). Essencialmente, a sociedade espera que as pessoas se comportem de forma apropriada à sua idade (Hamilton-Stuart, 2002: 153). Busse (1968) descreveu o estereótipo e percepção negativa dos idosos na sociedade norte americana, mas foi Butler (1969) que introduziu o conceito “*ageism*”, que tem sido traduzido para a língua portuguesa por idadismo. Segundo Butler (1969) o idadismo constitui uma descrição cronológica, um processo sistémico de estereotipagem e discriminação baseada na idade, em geral, uma discriminação social negativa dos idosos. Na Wikipédia (2006) define-se idadismo como um enviesamento em relação a uma pessoa ou grupo de pessoas com base na idade cronológica, que se traduz numa estrutura figurativa e/ou conceptual da representação social do velho bipolarizada (por exemplo: saudável *versus* doente) (Carlos, Maraschin & Cantergi, 2000).

No início o idadismo referia-se à discriminação dos idosos, mas com o progresso da ciência, acabou por remeter para a discriminação baseada na idade, ou seja, entre grupos etários: por exemplo, o “*adultism*” foca a discriminação dos adultos em relação aos

adolescentes, julgados como imaturos, insubordinados e irresponsáveis (Wikipedia, 2006). Assim, parece-nos que este conceito, aplicado à velhice e ao envelhecimento, na caracterização do automorfismo social, no não reconhecimento da unicidade do idoso e na gerontofobia (o medo irracional de tudo que se relacione com o idoso/envelhecimento) não será o mais adequado (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Será mais bem conceptualizado pelo termo *velhismo*, ou seja, a discriminação em relação aos mais velhos, quer pelos da mesma idade, quer pelos outros grupos etários.

Na origem o idadismo era a discriminação negativa em relação aos idosos, contudo mais tarde, assume-se que pode assumir cariz positivo, negativo ou neutro. Palmore (1999) argumenta que as imagens negativas provocam atitudes negativas em relação à velhice como: doença, impotência, fealdade, declínio mental, inutilidade, isolamento, pobreza e depressão. Mas, existem também imagens positivas, tais como: serenidade, maturidade, experiência e sabedoria. Ou, ainda, imagens neutras (Lutsky, 1980), como ser mais uma fase da vida. Daí a relevância de conhecer a intensidade e a direcção das imagens.

O termo idadismo (e velhismo) pode ser comparado com outros *ismos*, tais como: racismo, sexismo, “*able-bodied-ism*” (discriminação das pessoas incapacitadas ou dependentes). Trata-se de uma forma de categorizar os idosos em comparação aos não idosos, considerado como o “terceiro *ismo*”, a seguir ao sexismo e ao racismo (Banaji, 1999, citado por Rup, Vodanovich, & Credé, 2005). Quando é associado com outros *ismos*, assume um efeito potencializador na discriminação como, por exemplo, se verifica na discriminação social das mulheres velhas e negras (sexismo, idadismo e racismo), (Palmore, 1999). Mas o idadismo/velhismo têm uma diferença significativa em relação aos outros *ismos*: em geral, as pessoas não mudam de género, raça ou etnia, mas todas inevitavelmente avançam na idade (Sousa, Cerqueira e Galante, 2002).

A nível social, o grupo dos idosos, é melhor identificado pelo termo *velhismo*, isto é, as imagens referentes à velhice. “A sociedade tem os idosos que cultivou e cada tipo de organização socioeconómica e cultural é responsável pelo e pela imagem do seus idosos” (Salgado, 2000: 47). Esta cria padrões de orientação que levam os indivíduos a serem socialmente aceites da forma que a sociedade impõem e não da forma que estes pretendiam. Os não idosos e os idosos são responsáveis pelas imagens que se vão elaborando e construindo sobre a velhice.

Não pretendemos criar mais um rótulo de discriminação, mas sim especificar e adequar melhor o conceito sob o ponto de vista social, de forma a permitir que a sociedade adquira conhecimento válido nesta área.

2. IMAGENS DA VELHICE E ENVELHECIMENTO (*VELHISMO*)

As imagens da velhice e envelhecimento configuram-se na relação entre o processo cognitivo do sujeito-actor e o seu contexto social. Surgem da influência recíproca entre o aparelho psíquico do sujeito e contexto sociocultural em que este existe (Silva, 2003), produzindo-se diversas imagens na sua estrutura, processo e na variabilidade com diversos factores.

2.1. CARACTERÍSTICAS

As imagens servem para realizar a generalização das características que descrevem um grupo e, por extensão, todos os seus membros (Yubero & Larrañaga, 1999). Têm a função de diferenciação social entre diversos grupos, articulando-se com os fenómenos de identidade social, profissional, religiosa e política. Nas suas relações e na dinâmica entre os grupos, ou no interior de um grupo, mobilizam uma série de adaptações (Silva, 2003). No caso aqui em estudo, referimo-nos às imagens dos idosos e dos não idosos em relação a velhice e o envelhecimento.

A partir de 1980, a pesquisa começa a evidenciar que as imagens ultrapassam a caracterização dualista (positiva ou negativa) e unidimensional, emergindo subcategorias. No entanto na maior parte das investigações no âmbito da velhice, centram-se no declínio físico e cognitivo, existindo ainda poucos estudos que evidenciem os aspectos positivos do envelhecimento (Cartstensen & Freud, 1994, citado por Melero & Buz, 2005). A forma como se elabora a ciência condiciona o aparecimento da visão negativa.

Imagens positivas, negativas e neutras

As investigações menos recentes apontavam para que as imagens da velhice e do envelhecimento fossem somente negativas, como por exemplo “*conservadores*”, “*descuidados*”, “*pobres*” e “*deprimidos*”, e seriam partilhadas por todos os grupos sociais (Tukman & Lorge, 1952, citados por Kite & Wagner, 2002). Esta tendência

justifica-se por ocorrer numa época de grande industrialização onde imperava uma visão negativista dos idosos em relação a produtividade e a evolução técnica.

Em estudos mais actuais, observa-se a coexistência de imagens positivas, negativas e neutras, notando-se alguma inconsistência e variabilidade nos resultados: alguns encontram atitudes neutras para com os idosos (Knox, Gekoski & Johnson, 1986; Perdue & Gurtman, 1990); outros, atitudes mistas (negativas e positivas), “*avó perfeito*”, “*ano de ouro*”, “*miserável*”, ou “*severamente debilitados*” (Braithwaite, 1986; Hummert *et al*, 1994); em alguns casos, atitudes mais neutras ou positivas do que negativas (Lutsky, 1980); e, por fim, atitudes ligeiramente mais positivas (Kite & Johnson, 1988).

As metodologias utilizadas, como por exemplo o uso de procedimentos afectivos implícitos (Perdue & Gurtman, 1990) e a utilização de instrumentos de investigação (questionários abertos e fechados) (Kite & Johnson, 1988) influenciam os resultados. Também quando se inquire a população em geral ou em particular obtêm-se diferentes resultados. Por exemplo os idosos, no geral, julgam-se mais negativamente em comparação com os jovens (Kite & Johnson, 1988). O impacto social dos *mass média* influencia a opinião e implementam *modas* da velhice que se repercutem na população (idosa e não idosa) e formam vários contextos que condicionam a discrepância nos resultados.

Estrutura complexa e multidimensional

Os estudos menos recentes indicavam que as imagens da velhice e do envelhecimento eram unidimensionais e, como foi referido, negativas. Estudos subsequentes demonstram que as imagens da velhice são compostas por diferentes subcategorias (multidimensionais), onde coexistem dimensões neutras, negativas e positivas. As imagens estruturam-se de acordo com as estratégias dos grupos ao nível da sua funcionalidade, servindo para justificar comportamentos e avaliações (Silva, 2003). Desta forma as imagens caracterizam-se por: complexidade e multidimensionalidade (Hummert, 1999; Lutsky, 1980).

Palmore (1999) considera que as imagens centradas na idade (idadismo), em relação aos idosos (velhismo), envolvem preconceito, discriminação, estereótipos e atitudes e, por isso, processos cognitivos e afectivos, assim como, comportamentos.

Brewer, Dull & Lui (1981) definiram três subcategorias: avó (representa a matriarca, bondosa, serena e de confiança), cidadão sênior (apresenta a imagem de isolamento e inatividade, retrógrado e preocupado, para ambos os sexos) e diplomata (imagem de distinção e respeito, inteligente, competitivo, agressivo e intolerante). Neste estudo verifica-se que: imagens positivas ocorrem na presença de relações de proximidade (família); e negativas emergem quando se associam ao estatuto social.

Num estudo realizado por Schmidt & Boland (1986), envolvendo jovens, jovens adultos, adultos de meia-idade e idosos, surgiram 12 subcategorias: 8 negativas (abatido, ligeiramente enfraquecido, vulnerável, muito enfraquecido, víbora/miserável, isolado, vizinho esquisito e ocioso) e 4 positivas (estilo moderado tipo *John Wayne*, matriarca/patriarca generoso, avó perfeita e sábio). Estes resultados confirmam o carácter multidimensional e complexo das imagens associadas à velhice e ao envelhecimento, assim como o facto das imagens positivas serem mais associadas a relações afectivas e próximas.

Kite & Jonhson (1988) definiram três categorias: personalidade-expressividade (as imagens mais positivas emergiam nos idosos, em relação aos jovens); funcionamento cognitivo (as imagens que os jovens tinham dos idosos eram mais negativas do que as imagens que os idosos tinham dos próprios idosos); aparência física (as imagens eram mais negativas em relação aos idosos, por comparação a qualquer outro grupo etário). Mais uma vez emerge a complexidade das imagens, apesar do predomínio das imagens negativas em relação à velhice e ao envelhecimento, também coexistem imagens positivas mais frequentes entre os mais jovens.

Nestes estudos verifica-se o predomínio de imagens negativas, centradas sobretudo nas áreas da competência cognitiva e capacidade física. É, ainda, interessante, verificar que essas imagens negativas se transformam quando existem relações de proximidade e/ou laços familiares.

Cuddy & Fiske (2002) apresentam duas grandes categorias e respectivas subcategorias: competência (independente, capaz, confiável e hábil) e caloroso (*boa natureza*, digno de confiança, sincero e amigável). Daqui emergem três imagens em relação aos idosos: cordial e incompetente (amados, mas não respeitados); competente e distante (respeitados, mas não amados), incompetente e distante (nem amados, nem

respeitados). Destaca-se que a imagem de competente e cordial não emerge, pois tende a ser atribuída somente aos elementos do endogrupo.

Hummel (1995) identifica três imagens distintas da velhice. Duas associadas às pessoas velhas em geral – a imagem da velhice ingrata (negativa) e a imagem da velhice desabrochada (positiva); a terceira associada a um tipo específico – avó. Estes resultados permitem inferir uma avaliação mais geral do idoso na sociedade e mais específica na sua comunidade. Nota-se uma diferença de resultados: são mais negativos quando se fala dos idosos e da velhice em geral e do impacto social do envelhecimento; mais positivas quando se referem a idosos específicos ou da comunidade, principalmente pela associação a aspectos afectivos e familiares (Vanbeselaere, 1993).

Em geral, as imagens incidem em três dimensões (Harrigan & Farmer, 1992): biológica, psicológica e social. Em relação à dimensão biológica, emergem as seguintes subcategorias: doença, aspecto físico, incapacidade sexual e esforço. Na dimensão psicológica destaca-se: rigidez, tranquilidade, responsabilidade, senilidade, inteligência, memória, solução de problemas e dependência. Na dimensão social salienta-se: abandono, isolamento, alheamento, stresse, reforma e uso do tempo livre. Assim, em todas as dimensões há aspectos positivos e negativos, com o predomínio de imagens negativas nas vertentes biológicas.

Villar (1995) organiza as imagens da velhice e do envelhecimento num modelo de envelhecimento negativo, relacionando três aspectos: declínio das funções físicas e de algumas psicossociais (tais como, produtividade, recursos económicos, memória, dependência); estabilidade, associado à motivação, e crescimento, relativo à sabedoria. O autor alerta para que os mais velhos tendem a perceber o envelhecimento apenas em termos de declínio (imagem negativa).

Sumariando os diversos resultados: a velhice e o envelhecimento assumem uma imagem negativa, principalmente, ao nível da aparência (aspecto físico) e da (aspecto funcional); sob o ponto de vista psicossocial são mais susceptíveis de emergir imagens positivas (sabedoria, experiência e maturidade). Outro elemento transversal na investigação é a existência de resultados variáveis e complexos, sendo difícil a análise comparativa e a generalização. Tal tem sido associado às metodologias utilizadas nos

estudos, mas também tem sido analisado como uma característica das imagens (inconsistentes, variáveis, implícitas e complexas).

Implícitas e inconsistentes

O discurso negativo sobre velhice tende a emergir de modo implícito, ou seja, expressa-se de modo subtil, indirecto e, até, inconsciente (Dovidio & Gaerther, 1986). Austin (1985, citado por Palmore, 1999) afirma que é improvável que as características dos idosos resultem numa visão largamente positiva da velhice e do envelhecimento.

A literatura indica que as imagens negativas são, essencialmente, relacionadas com os aspectos externos: capacidade cognitiva, aparência e grau de dependência física (Villar, 1995; Harrigan & Farmer, 1992). Aliás, os idosos constituem o grupo social com mais estereótipos associados aos défices cognitivos (vonHippel, Silver & Lynnh, 2000). Existem também imagens positivas, designadamente, a sabedoria e a experiência acumuladas ao longo da vida (Baltes & Smith, 1990), normalmente associadas a aspectos psicossociais, surgindo de forma implícita (Hendrick *et al.*, 1998).

A aparência física do “ser velho” tem um forte efeito estigmatizante na sociedade porque, simplesmente, se vê. Quando se é confrontado com um idoso com uma aparência física correspondente, mesmo que se reconheça e aprecie a sabedoria, emerge uma imagem de discrepância entre o corpo e a capacidade de raciocínio. Numa cultura em que se valoriza a juventude, aquela imagem é incongruente e inconsistente, acarretando comportamentos *velhistas* implícitos.

Qualquer pessoa fica sobressaltada quando lhe chamam “velho”, mesmo que a própria já tenha chamado velho a alguém até mais novo (Beauvoir, 1990). É inconsciente e tem a sua identidade claramente definida pela relação de que se estabelece com o outro e o ser jovem (Mercadante, 1998).

As imagens começam a formar-se desde muito cedo, ainda na infância, atravessando gerações e perpetuando-se (Monteiro, 2000). Os aspectos externos físicos são os mais evidentes e incapacitantes em oposição aos jovens, devido a uma estereotipia positiva da juventude que influencia a sociedade, originando uma série de efeitos negativos em tudo o que se relaciona com a velhice e/ou envelhecimento (gerontofobia).

As pessoas podem sentir-se jovens ou adultos com uma única idade, o “ser velho” ou “sentir-se velho” é uma diacronia fisiopsicossocial, relacionada com a influência do meio

ambiente e com as imagens internas e implícitas da velhice (Ermida, 1999; Mercadante, 1998). O facto das imagens serem implícitas é, ainda, patente por não existirem grupos que odeiam os idosos e os persigam (como ocorre com as raças ou religiões), provavelmente porque todas as pessoas (em princípio) virão a ser idosas. Desta forma, a rejeição dos idosos dificilmente será explícita (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002).

2.2. IMAGENS E REALIDADES

As imagens e realidades da velhice têm sido alvo de vários estudos e aparecem associados a estereótipos, mitos, preconceitos, crenças, representações e discriminações, estabelecendo a imagem como uma entidade global onde se inserem. Há um predomínio de imagens negativas (Butler, 1989; Palmore, 1999), associadas, principalmente, ao declínio das capacidades motoras e sensoriais. Contudo, também existem aspectos positivos tais como a maturidade, a sabedoria e experiência de vida (Sousa, Cerqueira & Galante, 2000; Palmore, 1999). O inconveniente está em existir uma imposição generalizada da incapacidade física.

Em Portugal, esta problemática reflecte a tendência mundial dos trabalhos de investigação. Diversos autores (Simões, 1985; Neto, Reveau & Chiche, 1989; Sousa, Cerqueira & Galante, 2002; Ferreira-Alves & Novo, 2005; Paúl & Fonseca, 2005) estudaram os estereótipos, a discriminação e as imagens da velhice e do envelhecimento na população portuguesa.

Para mais fácil organização da informação, passamos a apresentar as imagens divididas em positivas, negativas e neutras. Contudo, sublinhamos o seu carácter multidimensional, isto é, as pessoas têm imagens da velhice e do envelhecimento que envolvem todos esses elementos. A partir de diversos estudos sistematizaram-se as imagens da velhice e do envelhecimento mais comuns (Quadro 1).

Quadro 1. Imagens mais comuns da velhice e do envelhecimento

	IMAGENS	DESCRIÇÃO
POSITIVAS	Amabilidade e amizade	Caloroso; bondoso; amigo especial.
	Serenidade	Anos de ouro; prudência; tranquilidade; existência de mais tempo livre; momento feliz para aproveitar a vida
	Sabedoria	Maturidade; experiência; conselheiros; influência; inteligência; mestres.
	Felicidade e sociabilidade	Gostam de se divertir e de conversar/conviver.
	Avós	Provedores dos cuidados, educação e afectos aos netos.
	Guardiões das tradições familiares	Fazem a ligação entre o passado e presente da família; descrevem o passado de forma vivida, ultrapassando a descrição informativa.
NEGATIVAS	Solidão e tristeza	Isolados; pouco sociáveis e participativos. Abandonados e excluídos da família. Infelicidade, depressão e desânimo.
	Insegurança	Temem o futuro e têm poucas ilusões ou desejos. Muito sensíveis.
	Doença	Senil; hipocondríaco. Necessitam de muitos cuidados de saúde, tomam muita medicação e são hospitalizados com frequência. Vulneráveis; com pouca saúde e muitas dores.
	Assexualidade	Não se apaixonam, nem se interessam pela sexualidade.
	Pobreza	São na maioria pobres
	Dependência e incapacidade	Dependência dos filhos; inutilidade; inactivos e improdutivos. Perda de funcionalidade.
	Aproximação da morte	Vivem a fase de espera da morte, em que já viveram o que tinham para viver.
	Homogeneidade	Os idosos são todos iguais.
	Vítimas de crime	Abuso a nível físico, sexual e psicológico. Actos de negligência e abuso, nas famílias e nas instituições de apoio.
	Aspecto físico	Rugas; despreocupados com a aparência.
	Aborrecido e antiquado	Têm muitos hábitos e rotinas; impaciência; rígidos.
	Incapacidade de aprender	Não adquirem novas informações; desorientação e confusão; mais lentos; esquecidos.
	Espirituais	Muito religiosos e praticantes
NEUTRAS	Fase normal da vida	Ter muitos anos; mais uma fase da vida com características específicas.
	Estado de espírito	Sentir-se velho

Construído a partir de: Berger & Mailloux (1995); Palmore (1999); INE (2000, 2002); Martins & Rodrigues (2004); Sousa, Figueiredo & Cerqueira., (2004); Lehr & Thomae (2003); WHO/HSC/AHE (1999); HelpAge (2003); Sousa (2005); AARP, (2004); Levy *et al.* (2002); Monteiro (2000); Salgado (2000); Rodriguez (2000); Kart & Kinney (2001); Jönson (2005); Simões (1985); Neto, Raveau & Chiche (1989).

2.2.1. Imagens positivas

Amabilidade e amizade

Esta imagem caracteriza o idoso como caloroso, bondoso e amigo especial, principalmente em relação familiares próximas (com filhos, cônjuges e netos). A variabilidade de personalidades na velhice é superior à que existe noutras idades, pelo que a probabilidade de encontrar idosos amigos e amáveis é igual é de encontrar idosos pouco amáveis e/ou antipáticos (Ermida, 1999).

Felicidade e sociabilidade

Associa-se a comportamentos como o gostar de se divertir, conversar e conviver com vizinhos e amigos. Em alguns casos sublinha-se a participação em actividades lúdicas, como o teatro, a dança e os jogos (cf. Palmore, 1999; Cuddy & Fiske, 2002; Martins & Rodrigues, 2004; Cerqueira & Sousa, 2005). Contudo, sabe-se que apenas um número reduzido de idosos participa nestas actividades: alguns não gostam; outros não podem, por limitações funcionais e/ou declínio mental; por fim, há aqueles que são excluídos pela comunidade (cf. WHO/NMH/NPH, 2002).

Serenidade

Na imagem de serenidade inserem-se diversas dimensões: “anos de ouro”, prudência, tranquilidade, existência de mais tempo livre e momento feliz para aproveitar a vida. Alguns idosos experienciam a última fase das suas vidas com os privilégios da maturidade e do maior tempo livre, contudo outra parte dos idosos vê essas ambições prejudicadas devido a problemas de saúde e/ou económicos e a redes de apoio formais e informais deficitárias (cf. Palmore, 1999).

Sabedoria

Descreve-se pela maturidade, inteligência e experiência de vida. E, acaba por se manifestar pela assunção a algumas funções de destaque, tais como: conselheiros, mestres ou juízes. Por vezes, esta situação é usada com o intuito de mascarar a estereotopia negativa, por exemplo, nas campanhas políticas ou na comercialização de produtos (Palmore, 1999). Noutras sociedades, como na China e Japão, a valorização da sabedoria dos mais velhos têm-se mantido, apesar da influência da industrialização nesses países (Kimmel, 1974). Esta imagem é ambivalente: pode ser utilizada de forma positiva quando o idoso se encontra em plena actividade mental e serve de referência para os não idosos; mas, os idosos podem ser considerados sabedores de conhecimentos pouco importantes e desactualizados.

Avós

Esta imagem enfatiza os avós enquanto provedores dos cuidados, educação e afectos aos netos (cf. Schmidt & Boland, 1986). De qualquer forma, os avós/avós podem

assumir diferentes formas de desempenho deste papel, Neugarten e Weinstein (1968) definiram cinco estilos: formal, divertido, substitutivo, autoritário e distante. Os formais procuram comportar-se de acordo com o que lhes parece ser o *seu papel*, mantendo clara a diferença em relação ao papel parental. Assim, separam-se da tarefa de criar o neto e não dão aconselhamento. Nos divertidos predomina uma atitude informal e lúdica, em que avós e netos são, essencialmente, colegas de brincadeira, enfatizando a mútua satisfação. Os avós que adoptam o estilo substitutivo parental são aqueles que tendem a assumir todas as responsabilidades educativas na ausência dos pais. Trata-se de casos de morte, emigração ou negligência dos pais, em que os avós (por vezes até legalmente) se tornam *pais* dos netos. Os autoritários adoptam um estilo aceite pelos pais da criança, que se colocam numa posição de subordinação face aos próprios pais. Os distantes são aqueles avós que mantêm apenas contacto com os netos em ocasiões especiais (como aniversários, festas,...).

Guardiões das tradições familiares

Esta imagem representa o papel dos idosos enquanto ligação entre o passado e presente da família, são alguém que pode descrever o passado de forma vivida, ultrapassando a descrição informativa (cf. Lehr & Thomae, 2003; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). Os idosos são procurados para relatar histórias, fornecer informação sobre a história da família e da comunidade, assegurando a continuidade de tradições e saberes. Contudo, esta centração no passado, quer dos idosos, quer dos não idosos, pode impedir que o idoso e aqueles que com ele convivem tenham uma visão do futuro. Além disso, a valorização da juventude, tem gerado gerontofobia, o que diminui a importância deste papel dos mais velhos.

2.2.2. Imagens negativas

Solidão e tristeza

Com frequência os idosos são representados como: isolados, pouco sociáveis e participativos, abandonados e/ou excluídos pelas famílias, infelizes, deprimidos e desanimados. Esta imagem acaba por decorrer de algumas alterações demográficas e sociais, que se caracterizam pela: diminuição do número de elementos em cada geração familiar, migração para zonas urbanas. Assim, os idosos, principalmente os que vivem em

zonas rurais, acabam por viver sozinhos, sem a companhia das gerações mais novas da sua família. No entanto, os estudos indicam que a maior parte dos cuidados aos idosos é prestada pela família, essencialmente pelas filhas (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Vítimas de crime

Os idosos são caracterizados como vítimas preferenciais de abusos físicos, sexuais e psicológicos nas famílias e nas instituições de apoio. É um facto que os idosos mais dependentes e vulneráveis estão mais sujeitos aos abusos, como qualquer pessoa em qualquer idade que se encontre com menos capacidade de se defender ou expor os seus problemas (cf. Kart & Kinney, 2001).

Aproximação da morte

A velhice é a última etapa da vida que termina com a morte temida e indesejada (cf. Palmore, 1999). Na velhice a morte adquire especificidades, uma das mais salientes é a coexistência mais próxima com outras perdas, como a morte do cônjuge, de amigos e familiares; perda de competências funcionais e cognitivas.

A noção de que a velhice é a altura mais “natural” para morrer é relativamente recente na Europa. Até meados do século XX morrer era natural na infância, adolescência, juventude e adultez, actualmente uma morte má é a prematura ou “fora do tempo” que traz devastação emocional aos sobreviventes, uma “boa morte” ou natural é uma que ocorre na velhice quando os projectos de vida estão completos. Considera-se que a sociedade prepara os seus membros para morrerem na velhice através de um processo de afastamento gradual, que começa com a diminuição dos papéis desempenhados e da preocupação consigo, da morte social e, finalmente, a morte biológica.

Aborrecido e antiquado

A imagem de aborrecido e antiquado associa-se à ideia de que os idosos têm rotinas e hábitos rígidos, são impacientes e resistentes à mudança, o que favoreceria a regressão à infância e o abrandamento do seu carácter (cf. Yubero & Larrañaga, 1999). De facto, os idosos são heterogéneos e, como em qualquer grupo etário, há pessoas mais ou menos flexíveis (cf. Berger, 1995).

Incapacidade de aprender

Os idosos são descritos como lentos, esquecidos, confusos e incapazes de adquirir novas informações. De facto, há alterações fisiológicas do fluxo sanguíneo e na degeneração de neurónios que sustentam esta imagem. No entanto há capacidades que são preservadas como a memória cristalina, maior selectividade na aprendizagem e na interpretação verbal (Rebellato & Morrelli, 2004), o que ajuda no processo de tomada de decisões (cf. Kart & Kinney, 2001).

Insegurança

Evidencia-se quando se associam os idosos ao temer do futuro (morte), às poucas ilusões ou desejos e à grande sensibilidade. Esta é uma característica de alguns idosos e de algumas pessoas de outros grupos etários, não representando, por si, o grupo dos idosos (cf. WHO/NMH/NPH, 2002).

Assexualidade

Os idosos tendem a ser vistos como não-sexuais: não amam, nem se interessam pela sexualidade. Esta imagem alia-se, sobretudo, à falta de informação sobre a sexualidade na velhice, mas ainda à imagem dos idosos como pouco atraentes. A capacidade de amar aparece diminuída com a idade, relacionada com acontecimentos como: a viuvez (ou celibato), a perda de atractividade e com a dificuldade em fazer novas amizades (cf. Kart & Kinney, 2001; Help Age, 2003). A sexualidade é percebida para os idosos não como um acto fisiológico, porque não maioria dos casos não o conseguem realizar é substituído por um significado mais afectivo, relacional e emocional.

Doença

A doença aparece aliada a senilidade, hipocondria, necessidade de mais cuidados de saúde, polimedicação, hospitalização frequente e maior vulnerabilidade e sofrimento (Palmore, 1999). O envelhecimento normal não afecta todas as capacidades mentais de uma forma previsível, podendo existir um envelhecimento saudável (cf. Berger, 1995). Mas, de facto os idosos estão mais sujeitos a doenças e incapacidades crónicas, como artroses e doenças cardiovasculares.

Dependência e incapacidade

A dependência pode ser funcional e/ou afectiva, principalmente associada à dependência dos filhos, inutilidade, inactividade e improdutividade. É verdade que o processo de envelhecimento é acompanhado por um conjunto de limitações, principalmente relacionados com o declínio de das capacidades motoras ou sensoriais (Palmore, 1999). Mas, muitos idosos, apesar de já não participarem no mercado normal de trabalho, continuam a realizar tarefas úteis (voluntariado, apoio aos filhos, agricultura). Além disso, muitos continuam independentes, apesar de terem de realizar determinadas tarefas com mais lentidão (cf. WHO/HSC/AHE, 1999; HelpAge, 2003).

Homogeneidade

A ideia de que os idosos são todos iguais emerge, sobretudo, de terem algumas linhas físicas semelhantes (rugos, cabelos brancos) ou por se encontram nos mesmos espaços (lares) e com os mesmos papéis sociais. No entanto sabe-se que as experiências de vida dos idosos lhe induzem maior variabilidade (humor, personalidade, modo de vida e filosofia pessoal), do que a existente em outros grupos etários (cf. Berger, 1995; Lott & Maluso, 1995; WHO/HSC/AHE, 1999).

Aspecto físico

O aspecto físico associa-se à representação externa do corpo, com o aparecimento dos sinais do envelhecimento natural, tais como: rugas, cifose e branqueamento dos pêlos. O impacto discriminatório que acarretam é superior, pela sua visibilidade e por não corresponder ao ideal de juventude. A vivência interna da velhice torna-se num problema social significativo, no estigma social negativo existente em relação a tudo que se relacione com a velhice (cf. Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Pobreza

Os idosos estão entre os grupos populacionais mais pobres, apesar de cerca de 60% viver em países desenvolvidos. A velhice e a pobreza associam-se, não por características intrínsecas do envelhecimento, mas devido às (más) políticas de inserção social e laboral.

Espirituais

Os idosos são vistos como muito religiosos e praticantes de uma religião, o que pode decorrer da necessidade de terem *alguém* a quem recorrer perante a solidão e aproximação da morte. Mas, a espiritualidade é uma forma de integração em comunidades dedicadas ao voluntariado social, tornando-os socialmente activos (cf. Kart & Kinney, 2001).

2.2.3. Imagens neutras

Fase normal da vida e estado de espírito

Essencialmente, neutralizam a vivência da velhice associando-a: a uma idade ou ao ter muitos anos; ou considerando que ser velho ou novo não depende da idade, mas da forma como a pessoa se sente e a percebe.

Todas as pessoas querem viver mais tempo, mas não querem ficar velhas, estabelecendo uma discrepância entre o seu envelhecimento e o do outro. No curso desta construção, no garantir o respeito e a dignidade da pessoa idosa e a valorização de a sua história de vida são fundamentais à cidadania dos que já envelheceram e dos que ainda vão envelhecer. É esta, uma questão social que transcende as fronteiras dos saberes instituídos e deveria ser remetida ao debate público em todas as esferas da vida social (cf. Assis, 2004).

2.3. VARIAÇÕES DAS IMAGENS: IDADE, GÉNERO E PROFISSÃO

As imagens variam conforme algumas características dos diversos actores sociais que as elaboram, designadamente: idade, género e profissão.

2. 3. 1. Grupos etários

Os diversos grupos etários, incluindo os idosos, produzem uma série de expectativas em relação ao seu comportamento e ao que se espera deles (Cuddy, Norton &

Fiske, 2005). As consequências destas imagens podem influenciar a vivência do seu bem-estar, onde são factores relevantes: a aparência física, cognição, religião e linguagem.

Inicialmente os estudos indicavam que os mais novos eram mais negativos em relação à velhice (Slotterback & Saarnio, 1996; Lutsky, 1980). Contudo pesquisas posteriores não confirmam essa ideia: nuns casos não indicam diferenças etárias (cf. Bailey, 1991; Harris, Page & Begay, 1988); noutros indicam que os idosos têm imagens mais favoráveis em relação à velhice dos que os jovens (cf. Jackson & Sullinvan, 1988); noutros casos os idosos são mais negativos em relação a velhice (Hellbursch *et al.*, 1974). As investigações têm sido desenvolvidas principalmente em duas linhas: imagens dos não idosos (jovens) em relação à velhice e como as pessoas idosas percebem a velhice (Sousa, Galante & Cerqueira, 2002).

No estudo de Cuddy & Fiske (2002) as imagens dos não idosos em relação aos idosos, não incluem a imagem de “amado e competente” reservada aos membros do endogrupo (não idosos).

Noutros estudos, concentraram-se em analisar se as pessoas velhas são mais favoráveis em relação ao envelhecimento do que os mais jovens. Há vários tipos de resultados, alguns indicam que tal se verifica (cf. Berg & Sternberg, 1992; Guo, Erber & Szuchman, 1999), outros não encontram diferenças etárias (Bailey, 1991), outros indicam que os mais novos têm atitudes mais positivas do que os idosos (Rothbaum, 1983). Ou seja, os resultados são diferentes não permitindo que se chegue a uma conclusão, mas indicando que: a imagem do idoso é confusa (Cuddy, Norton & Fiske, 2005). Mais uma vez, se verifica a ambivalência e complexidade dos resultados.

Schmidt e Boland (1986) solicitaram a uma amostra de jovens para descreverem os idosos, estes utilizaram adjetivos referentes a competência física e cognitiva dos idosos. Os jovens aceitam os estereótipos negativos da velhice, o que diminui a sua defesa em relação a essa visão negativa (Levy & Banaji, 2002; Palmore, 1998).

Matheson *et al.* (2000) pediram aos idosos uma descrição dos jovens, os resultados indicam diversas atitudes negativas, como: cínicos, apáticos, desalinhados, pouco sofisticados e dependentes. Paralelamente, surgiram atitudes positivas: educados, bons, atractivos, tolerantes, cosmopolitas, sofisticados, independentes, amáveis e resolvidos. Schmidt & Boland (1986) solicitaram aos jovens que descrevessem os idosos, estes

utilizaram adjetivos, com base na competência cognitiva e nas características físicas: pouco activos, improdutivos e pouco saudáveis.

Os resultados também variam quando se solicitam traços associados aos idosos em geral ou a um idoso em particular. Em alguns estudos (cf. Messick & Mackie, 1989, citados por Melero & Buz, 2005) observou-se que os idosos valorizam de forma mais positiva os jovens, do que os membros do seu grupo etário, provavelmente, por ser uma forma de recordarem a sua juventude.

Como vimos, a variação etária das imagens da velhice é enorme e, mesmo, ambígua. Chasteen (1999) considera que isto se deve às metodologias utilizadas e aos grupos alvo de estudo, uma vez que a maioria dos estudos se centram nas imagens que os jovens têm dos idosos e, principalmente, porque visam comparar as imagens dos não idosos (jovens) e os idosos. Desta forma, emerge a valorização da juventude e os resultados reflectem traços negativos nos idosos e traços positivos nos jovens (Perdue & Gurtman, 1990; Palmore, 1999).

Hummert *et al.* (1994) verificou que os jovens e os idosos, em geral, concordam com as imagens da velhice e do envelhecimento, contudo os idosos listam mais subcategorias de pessoas idosas do que os jovens. Os idosos apresentam imagens mais complexas, tal pode ser explicado pela tendência dos endogrupos para percepcionarem os elementos externos como sendo todos iguais.

Desta forma, demonstra-se a complexidade da análise das imagens, em idosos e não idosos, dentro e fora do seu grupo social, reflectindo a imposição social que a estereotipia negativa impõem, na sobrevalorização da juventude em oposição ao velho. Aliada a idade, encontramos o género como efeito potencializador de discriminação social, a que Palmore (1999) se refere como “*duplo perigo*”.

2.3.2. Género

A diferença entre o envelhecimento do homem e da mulher está desde logo inerente ao facto de elas terem uma esperança média de vida superior, o que se deve, principalmente, à disposição do imperativo reprodutor na preservação da espécie (Silva, 1999). O impacto cultural e social da diferenciação de géneros formam-se na entidade cultural e na família, influenciando o processo de identificação pessoal, as formas de actuar, sentir e a valorização dos atributos de feminilidade e masculinidade (Lentini *et al.*,

2004). Aos homens e às mulheres são atribuídos diferentes valores e comportamentos específicos de género, de forma a diferenciá-los, possibilitando a formação de imagens diferentes, que se repercutem na velhice e no processo de envelhecimento.

Num estudo realizado por Woolf (1998) as imagens das mulheres eram mais positivas em relação aos homens, argumentando-se que eles se encontram numa fase de transição para a velhice e não sofreram os efeitos do envelhecimento a nível físico e/ou cognitivo que surgem de uma forma mais nítida nas mulheres da mesma faixa etária. Thane (2000) refere que as mulheres também elaboram imagens negativas da velhice (por exemplo, pobre e dependente), contudo essa imagem negativa é mais positiva em relação ao homem. Woolf (1998) afirma que as jovens mulheres e os homens velhos percebem a velhice de uma forma mais negativa, enquanto os jovens homens são os que apresentam uma imagem mais positiva da velhice. Mais uma vez se evidencia a complexidade e ambivalência das imagens da velhice.

Os factores externos de discriminação de género, na sociedade e no meio laboral, com a exacerbação dos papéis de maternidade, sobretudo em famílias patriarcais, são elementos importantes que influenciam a vivência e representação da velhice. Denotam-se maiores preocupações estéticas nas mulheres, do que nos homens, principalmente, ao nível de mascarar os efeitos físicos do envelhecimento (Mercadante, 1988).

2.3.3. Profissão

Destacamos, neste caso, as profissões que se exercem junto de populações idosas, uma vez que, as imagens construídas por estes profissionais (principalmente, médicos, enfermeiros e assistentes sociais) têm um impacto forte nos idosos e na forma como são apoiados e cuidados.

Os contextos de trabalho são geradores de representações específicas. Dependem da natureza social dos sujeitos, das características contextuais e do compromisso dos sujeitos ou grupos com as actividades profissionais, sendo a informação o veículo de troca de conhecimento (Silva, 2003). A profissão corresponde à ocupação de uma posição social e/ou organizacional, associada a um longo processo de formação. Dubar (1997: 131) afirma que a profissão “forma comunidades reunidas à volta dos mesmos valores e da mesma *ética de serviço*, sendo o seu estatuto profissional validado por saber *científico* e não apenas *prático*”.

Nos profissionais de saúde a actuação assenta, principalmente, na evolução das ciências que a fundamentam. A qualidade da actuação depende da saúde física, estado psicológico, nível de independência e autonomia, relações sociais, factores ambientais e crenças pessoais dos idosos. Os profissionais de saúde, também, foram formados pela sociedade e respondem perante valores que inspiram essa sociedade.

Os profissionais de serviço social contribuem na investigação e intervenção de problemas de natureza mais social (Treas & Passuth, 1988; Veloso, 2004). A sua função primordial é o reforço da auto-estima do idoso e disponibilizar os conhecimentos referentes aos seus direitos (ONU, 1999). Estabelecem a ligação de serviços de cuidados na área social e da saúde aos idosos e suas famílias (principalmente os cuidadores) (Yagoda, 2004). Apesar de, tradicionalmente, serem mais formados para assistirem as famílias e as crianças, actualmente alargam o seu foco de actuação à velhice.

As imagens idadistas, positivas e negativas, influenciam os comportamentos, crenças e atitudes. Estas desencadeiam fenómenos de cinismo, segregação, desrespeito e discriminação (Palmore, 1999, Kane, 2004). Criam padrões de comunicação adequados à idade, situações emocionais dementes e comportamentos implícitos e inconscientes em profissionais de saúde e técnicos de serviço social (Kane, 2004).

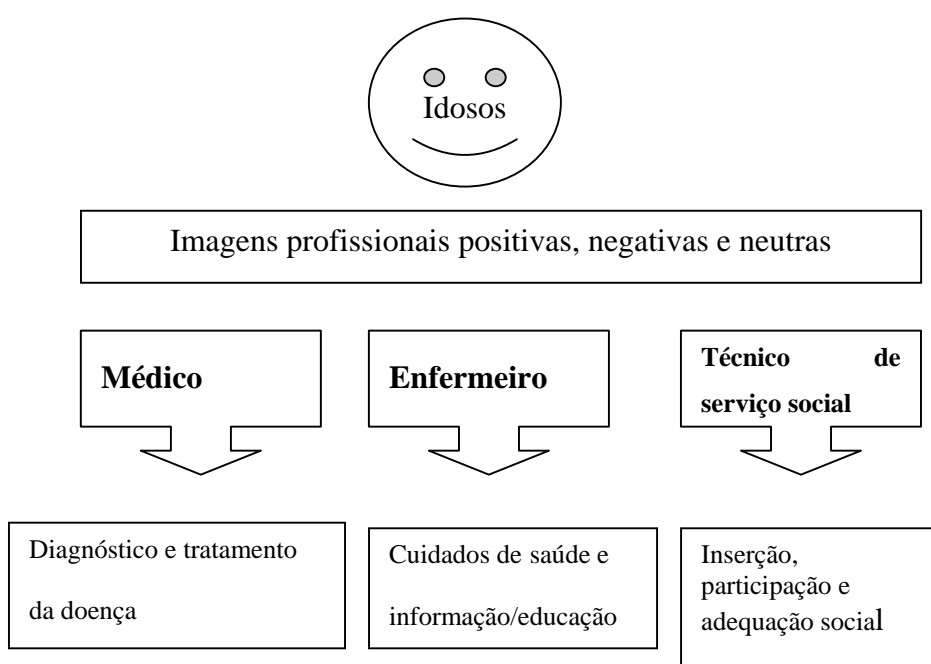
Todo os profissionais centram a sua actuação em sistemas de valores, emergentes das suas experiências de vida profissional e pessoal, associados aos seus objectivos, expectativas, normas e preocupações (Diniz, 2003). Assim, poderemos afirmar que as imagens dos profissionais em relação a velhice e envelhecimento serão muito semelhantes às imagens da sociedade (Slevin, 1991; Kane, 2004; Choi & Dinse, 1998; Almeida, 1998).

Almeida (1998) afirma que os comportamentos humanos são intencionais e inspirados, conscientemente ou não, por um conjunto de representações mentais. Estas desencadeiam uma série de imagens sociais e culturais, que se formam a partir das informações que recebemos, sejam directas (factos observados) ou indirectas (televisão, rádio, jornais).

O *velhismo* profissional, de carácter negativo, acaba por se reflectir nas atitudes profissionais, impedindo uma postura construtiva no atendimento dos idosos. O envelhecimento tende a ser percebido como um processo fisiológico, de perdas a nível físico, daí a associação à perda de capacidades, em que o abandono, a marginalização e a pobreza estão muitas vezes também presentes (Jönson, 2005).

Nos médicos a participação ocorre mais a nível da incapacidade física, no diagnóstico e tratamento da doença, informação e educação para a saúde. Os enfermeiros prestam cuidados de ajuda, dão informação e fazem educação para a saúde. Os técnicos de serviço social actuam na inserção, participação e adequação social (Almeida, 1998; Cruz *et al.*, 2003; Jönson, 2005; Choi & Dinse, 1998) (figura 2).

Figura. 2 Intervenção social e de saúde com os idosos



Baseado em: Almeida, 1998; Cruz *et al.*, 2003; Jönson, 2005; Choi & Dinse, 1998.

As atitudes velhistas tendem a diminuir nos profissionais mais experientes e com mais contacto com idosos (Herdman, 2002). Quando os preconceitos advêm do idoso o resultado é de conformismo, ou seja uma imagem mais neutral.

Os profissionais que apresentam imagens da velhice e do envelhecimento mais negativas, podem prejudicar a qualidade da intervenção junto dos idosos. Uma das razões apontadas para esta situação é a escassa formação dos profissionais nas áreas da geriatria e gerontologia (Calvário, Brito & Brito, 1999; Diniz, 2003; Lee, Wong & Loh, 2005). Diversos estudos indicam que os idosos são bem tratados em termos de cuidados, embora não tenham um atendimento que lhes dê prioridade (Almeida, 1998; Cruz *et al.*, 2003;

Costa, 2005). Os técnicos de serviço social tendem a associar aos idosos imagens de fragilidade, dependência, infantilização e doença (Henrard, 1996; Choi & Dinse, 1998), ou seja, uma visão social negativa que condicionam a produtividade e o empenhamento na velhice (programas sociais e de saúde). Estes profissionais têm de se preparar para as mudanças nas oportunidades para os mais idosos, para que sejam integrados socialmente (Choi & Dinse, 1998)

Sobretudo nos médicos, existe um distanciamento na relação com o doente idoso, o que leva à centração nas patologias e, por vezes, a que os idosos sejam esquecidos. Os enfermeiros são vistos pelos idosos como mais positivos em termos psicossociais (Cruz *et al.*, 2003; Costa, 2005). Para os enfermeiros, os idosos associam-se a imagens de dependência, inactividade e isolamento (Cruz *et al.*, 2003). Todos os profissionais, também, associam algumas imagens mentais à velhice e envelhecimento, principalmente: experiência e sabedoria. Esta ambivalência de imagens é exacerbada por a maior parte dos profissionais serem claramente mais jovens do que os pacientes idosos.

Todas estas imagens vão condicionar a vivência da velhice e do envelhecimento, a complexidade mostra a dificuldade de relação de todas estas variáveis (idade, género e profissão) com as imagens.

3. IMPACTO DAS IMAGENS DA VELHICE E ENVELHECIMENTO

No caso da velhice existe uma sobrevalorização das imagens sociais que a projectam de modo gerontofóbico, contribuindo para que idosos e não idosos percepcionem a velhice como algo a evitar, negando a sua inevitabilidade e, até, o desejo que todos têm lá chegarem (significa viver mais anos). O idoso é visto com um conjunto de limitações que se acomodam e levam a formação de rótulos sociais (Lotto & Maluso, 1995). Esses rótulos *idadistas/velhistas* acarretam uma imagem cultural de discriminação que vai ser transmitida entre as gerações. As imagens da velhice e do envelhecimento aparecem associados a uma forte imposição social de orientações, normas e dogmas.

3.1. NOS IDOSOS E NÃO IDOSOS

As imagens da velhice e do envelhecimento desencadeiam uma série de comportamentos, atitudes e representações a vários níveis: nos idosos e nos não idosos, que podem ser interpretados de uma forma positiva, negativa e/ou neutra (cf. Palmore, 1999; Sousa, Cerqueira & Galante, 2002). Nenhum ser social pode fugir a essas implicações, em diversos papéis que desempenha na dinâmica social, familiar e profissional.

A forma como se *fala* da velhice e do envelhecimento tem um papel importante no funcionamento das pessoas idosas, assim: quando são mencionadas como inteligentes ou competentes, o reforço positivo associado torna-as mais capazes de se movimentarem de modo mais estável e rápido; da mesma forma, acreditar em estereótipos negativos sobre o envelhecimento, tais como senil, dependente ou frágil pode limitar as suas capacidades funcionais (Sousa, 2006). O impacto das imagens da velhice e do envelhecimento nos não-idosos revela-se principalmente, na forma como encaram a sua (futura) velhice. Os idosos representam para os mais novos a ameaça do *próprio destino*: diminuição da beleza, saúde, sensações e aproximação da morte.

Diversos efeitos do *ageism* para as pessoas idosas têm sido descritos na literatura (Sousa, 2006): isolamento da comunidade e institucionalização desnecessária; redução do sentimento de auto-eficácia, diminuição do rendimento e stresse cardiovascular; contributo para os maus-tratos dos idosos.

A valorização social da juventude, acaba por influenciar negativamente os idosos e positivamente os jovens (Perdue & Gutman, 1990). Neste contexto, surgem conflitos de valores intergeracionais, o efeito da velhice de do envelhecimento enfatiza-o em termos especulativos numa estereotipia *velhista* (Woolf, 1998). Assim, cria-se um abismo entre jovens e velhos, afastando dois núcleos de uma mesma comunidade (Palmore, 1999).

Alguns estereótipos podem ser interpretados de maneira ambígua, como a dependência: muitas vezes os idosos são vistos como pessoas mais dependentes que os jovens, no entanto, em certas situações são mais responsáveis que os jovens na realização de algumas tarefas no mercado de trabalho (cf. Palmore, 1999).

A segregação e o isolamento aparecem como uma consequência do fenómeno de discriminação geográfica, os idosos acabam por viver nas suas comunidades, em lares ou residências, o que diminui os seus contactos sociais (Palmore, 1999). Outras formas aparecem associadas a um duplo/triplo perigo (Palmore, 1999), ou seja, a velhice associa-se a outros *ismos*, tais como os relativos a raça, etnia, religião, ou género. Uso destas imagens têm um feito profundo na formação de atitudes e estereótipos negativos em relação aos idosos (Kite & Johnson, 1988), e por consequência, tem feitos no tratamento social dos idosos (Revenson, 1989).

Em estudos realizados em Portugal, a forma como se salientam as imagens da velhice aparecem relacionadas com a escolaridade, estado civil, níveis de habilitações académicas e experiências prévias (Simões, 1985; Neto, Raveau & Chiche, 1989). Traduzem as imagens referidas na tendência mundial.

Em alguns estudos sobre a discriminação de pessoas idosas, encontrou-se associação positiva com a idade, em que as ocorrências negativas mais frequentes se situam em interações com os profissionais de saúde e em situações em que existe uma imagem prévia da pessoa idosa como ouvindo e/ou compreendendo mal (Ferreira-Alves & Novo, 2006). A crença de que as pessoas idosas são doentes, apresentam deterioração das capacidades mentais, são rígidas, estão cansadas, são incompetentes, são tristes e têm falta de interesse pela interacção social, leva aos profissionais de saúde a acreditar que a

psicoterapia não é adequada para os idosos (Lewis & Johansen, 1982). Porque a maior parte dos profissionais podem ser considerados jovens (não idosos), logo são influenciados por as imagens etárias existentes na sociedade.

Minichiello, Browne, & Kending (2000) consideram que a promoção de imagens positivas da velhice constitui um factor importante na promoção do estatuto da pessoa no interior da sociedade idadista. As imagens positivas do envelhecimento permitem realçar que as necessidades normais do envelhecimento não significam necessariamente um aumento da incapacidade física ou mental, enquanto possibilitam a elaboração de condutas adequado à idade em torno do seu estilo de vida activo e ao lazer.

3.2. NOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM COM IDOSOS

Os idosos diferem a nível do estado de saúde dos mais jovens, sendo que o seu comportamento pode variar em função das suas mudanças físicas, sociais e psicológicas associadas a idade (Monteiro & Izal, 1999). Assim, se originam preconceitos negativos na saúde, na aquisição de comportamentos de prevenção e na detecção de factores de risco, o que condiciona a melhoria/promoção da saúde no idoso.

Mais especificamente na interacção profissional de saúde-idoso, existem imagens (Palmore, 1999), designadamente: as pessoas idosas são rígidas, têm dificuldades em mudar, apresentam deterioração das capacidades mentais, são doentes, estão cansadas, são incompetentes, tristes e têm falta de interesse pela interacção social. Tal leva a que os profissionais não acreditem que as suas acções e/ou cuidados no âmbito da saúde vão ter sucesso, tornando-se mais fácil rotular e estigmatizar, de forma a justificar a escolha de determinadas acções. Assim, utilizam-se meios técnicos/científicos sofisticados e dispendiosos, usa-se com mais frequência o suporte da farmacologia e as técnicas que acarretam maior gasto de força física e tempo (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). A comunicação interpessoal também é afectada através da utilização de um discurso de infantilização para promover a relação e ajuda, tornando-os mais dependentes e excluídos. Noutras áreas de tratamento dos idosos, esta visão global e generalizada, “*cegam*” os indivíduos, impedindo-os de reconhecerem as diferenças (Martins & Rodrigues, 2004).

Como já foi referido anteriormente os profissionais fazem parte de um contexto social onde se desenvolveram, desta forma sofrem inevitavelmente essa influência (Diniz, 2002). A forma como os idosos e os profissionais encaram e preparam a velhice e envelhecimento é um factor importante, no estabelecer de políticas e meios no ponto de vista assistencial e no seu impacto de participação social. A promoção de imagens positivas do envelhecimento constitui uma forma importante da promoção da visão da pessoa idosa numa sociedade *velhista*. Permitem que as normais necessidades associadas ao envelhecimento fisiológico não signifiquem apenas o aumento da incapacidade física ou mental, e possibilitam a elaboração de normas de comportamento adequado a idade em torno de um estilo de vida ligado ao lazer (Sousa, Galante & Cerqueira, 2002).

As imagens são múltiplas, contraditórias e complexas o que dificulta a sua expressão. São ambíguas e pouco consistentes, tornando-se difícil tomar posições mais extremas (Hummel, 1995), como também determinar o seu impacto. É pertinente que de futuro os não idosos comecem cedo a contactar com a complexidade destas imagens, para se poder actuar na reformulação deste estereótipo. Uma adequada formação/educação profissional e um contacto inicial intergeracional poderão facilitar a construção de um envelhecimento bem sucedido.

3.3. IMAGENS E CONSTRUÇÃO DO ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO

O conceito de envelhecimento positivo, com sucesso ou bem sucedido, surgiu em 1960, definido por um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, na procura de um equilíbrio entre as capacidades e as exigências do meio ambiente (Fonseca, 2005). Um processo geral de adaptação descrito como uma optimização selectiva com compensação (Baltes, 1991).

Grande parte dos estudos sobre o desenvolvimento do adulto tem sido apoiada na perspectiva teórica do desenvolvimento co-extensivo ao curso de vida (cf. Baltes, Reese & Lipsitt, 1980). Num estudo da Fundação MacArthur, na obra “*Successful Aging*” (Rowe & Kahn, 1984) lança-se para discussão da comunidade científica questões sobre o envelhecimento, tais como: O que significa envelhecer com sucesso? O que deve cada um de nós fazer para lidar de forma bem sucedida com esta tarefa da existência? Que

mudanças na sociedade permitirão que cada vez mais homens e mulheres envelheçam com sucesso? Com a tendência demográfica em curso e o impacto da velhice em termos políticos e económicos, suscitaram interesse na tentativa de várias respostas, daí que a produção científica nesta área tenha evoluído muito nos últimos anos.

O modelo teórico de envelhecimento bem sucedido desenhado por Baltes (1991), sugere várias linhas de orientação: i) o curso de desenvolvimento apresenta variabilidade individual; ii) existem diferenças importantes entre o envelhecimento normal e patológico; iii) durante o envelhecimento fica resguardado o potencial de desenvolvimento; iv) os prejuízos deste período podem ser minimizados pela activação das capacidades de reserva para o desenvolvimento; v) as perdas cognitivas podem ser compensados por ganhos no domínio da inteligência prática; vi) com o envelhecimento, o equilíbrio entre os ganhos e perdas torna-se menos positivo; vii) os mecanismos de auto-regulação da personalidade mantêm-se em idade avançada.

Rowe & Kahn (1998) referem que a velhice bem sucedida está associada a três grandes categorias: a primeira é a reduzida probabilidade de doenças e incapacidade; a segunda consiste na manutenção de um nível funcional nos planos cognitivo e físico; e a terceira é a conservação de empenhamento/envolvimento social e de bem-estar subjectivo. Distinguiram também duas formas de envelhecer, com base na competência funcional: uma forma habitual/usual, não patológica, mas de alto risco; uma forma bem sucedida, de baixo risco e com elevado potencial de funcionamento

Baltes e Cartensen (1996) identificaram a capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem habitualmente com a velhice, através da de uma procura individual de resultados e objectivos significativos para o próprio, mesmo com declínio de oportunidades e capacidades. Paralelamente, o envelhecimento bem sucedido pode ser atingido mediante a escolha de determinados estilos, que satisfaçam o objectivo de manutenção da integridade física e mental até aos últimos momentos da existência. Há uma diversidade importante no desempenho do acto de envelhecer nos factores como a personalidade, o contexto sociocultural ou as relações familiares. (Fontaine, 2000; Paúl & Fonseca, 2005).

Baltes (1987) distingue categorias de influência: as ligadas ao grupo etário (idade cronológica); as ligadas aos factos históricos, tais como a globalização; e as relacionadas com a história pessoal e acontecimentos pessoais, tais como, casamento, divórcio, escolha

da profissão e o local de residência. A primeira tem um carácter colectivo (o indivíduo não tem controlo) e a terceira individual (controlável pelo sujeito).

Lehr (1999, citado por Paúl & Fonseca, 2005) faz um elenco das medidas para correlacionar o envelhecimento bem sucedido físico e psíquico, agrupando-as em sete categorias de factores: genéticos e biológicos; ecológicos; meio ambiente e socialização; interacção social; personalidade, inteligência e interesses; educação, cultura e ocupação; nutrição, saúde e actividade física; ou a disponibilidade de redes de suporte social, (Krause, 2001). Envolve também o compromisso com a vida, na escolha de comportamentos individuais (Rowe & Kahn, 1998), como a adopção de estilos de vida (dieta sã, exercício físico e mental, actividades agradáveis, alta motivação, sentido de auto eficácia e de condições sociais favoráveis, como a protecção social e adequado suporte de serviços de saúde) (Fernández-Ballesteros, 2002).

A adaptação psicossocial do indivíduo permite ter uma qualidade de vida e funcionalidade dentro de limites considerados aceitáveis para o seu grupo etário e social. Simões (2001) afirma que os idosos que aparecem com uma auto-estima elevada, conseguem manter um bem-estar subjectivo, para promovê-lo devemos ter em atenção a educação para a saúde. Existindo assim um paradoxo entre o bem-estar subjectivo e o *velhismo* implícito, em que os factores da personalidade apresentam um destaque primordial na valorização das imagens mais positivas.

Uma forma de envelhecimento bem sucedido é quando aparece relacionado com aspectos importantes como a saúde e a qualidade de vida. Emerge, então, o conceito de envelhecimento activo, definido pela WHO/NMH/NPH (2002:12): “como um processo de optimização de oportunidades de saúde, participação e segurança a fim de realçar a qualidade de vida das pessoas idosas”. Considerando a palavra *activo* como uma participação social, económica, cultural, espiritual e em actividades cívicas. Tem como finalidade expandir a esperança média de vida e a qualidade de vida a todas as pessoas idosas, mesmo aquelas que se encontram doentes, frágeis ou a necessitarem de cuidados. Permite, igualmente, estabelecer políticas e programas que melhorem a saúde, a autonomia e a produtividade dos idosos.

Há determinantes interrelacionados com o envelhecimento activo, como o género e a cultura, que influenciam todos os factores: o género tem um efeito decisivo na condição social; o acesso aos cuidados de saúde, no trabalho gratificante e na alimentação nutritiva.

Os valores e tradições culturais determinam, em que medida uma sociedade consegue viver com duas gerações diferentes (idosos e não idosos) e podem também influenciar os comportamentos pessoais e a saúde (OMS, 2001). Estes em conjunto condicionam a formas de intervenção, as redes de apoio e as políticas a instituir.

O declínio biológico normal do envelhecimento, o aparecimento progressivo de doenças e as dificuldades funcionais torna-o complicado e difícil de o viver. É um estímulo a forma de rentabilizar as reservas físicas, emocionais e espirituais que permitam manter o ânimo e vigor no desenvolvimento do potencial de aprendizado, no lazer e na sociabilidade que o tempo e a experiência podem proporcionar (Assis, 2004).

Diversas estratégias devem ser tomadas na promoção da educação, na construção de grupos de intervenção que procurem os mesmos objectivos, de cooperação e de suporte legal (Fiske, 2002): fomentar a relação dos idosos com os netos, para que exista um benefício mútuo na relação; a manutenção das tradições familiares; alterar os meios de comunicação social e as instituições; desenvolver programas orientados para este fim, destinados à formação dos profissionais, dos idosos e da população em geral, que deverão dar informação correcta sobre o processo de envelhecimento (Sousa, 2005). A aposta na informação/educação da população, desencadeará nos não idosos vivências mais positivas da velhice dos outros e da sua futura velhice (Minichiello, Browne & Kending, 2000; McConaha, 2004). O imperativo ético é tornar o envelhecimento mais digno e saudável (Assis, 2004) e igual para todos.

CAPITULO 3

IMAGENS DA VELHICE EM ENFERMEIROS, MÉDICOS E TÉCNICOS DE SERVIÇO SOCIAL

1. CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO EMPÍRICO

1.1. ENQUADRAMENTO DO ESTUDO

A velhice e o envelhecimento são fenómenos com um impacto social significativo nas mais diversas vertentes, destacando-se a saúde, acção social, economia e política. Este estudo vai de encontro a essa preocupação, no sentido de otimizar a actuação profissional na melhoria contínua da eficiência da prestação de cuidados aos idosos. A população idosa constitui o grupo etário em maior crescimento proporcional em Portugal e por todo o mundo, pelo que a promoção da sua qualidade de vida e dos serviços que lhe são prestados é essencial.

As imagens são uma entidade de carácter global, multidimensional e complexo, quando relacionados com os fenómenos da velhice e envelhecimento formam diversos juízos positivos, negativos ou neutros que se manifestam através de imagens sociais, mentais e culturais.

Na dinâmica profissional os técnicos de saúde e acção social vivem as suas experiências e atribuem-lhes diversos significados que se repercutem e traduzem a tendência social da época (Diniz, 2002). Os cuidados sociais e de saúde sofrem directamente uma influência inequívoca da interacção entre os profissionais e os idosos. Estes absorvem, não obstante, uma série de imagens da sua origem social, cultural, espiritual e económica.

Assim, é pertinente saber que imagens os profissionais que trabalham mais com idosos (médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social) têm da velhice e do envelhecimento e como essas imagens poderão estar a influenciar de modo positivo e/ou negativo o seu desempenho.

O impacto das imagens profissionais em relação a velhice e envelhecimento estão presentes na sociedade em fenómenos de uma forma negativa como: a discriminação gerontológica, o estilo geriátrico de cuidados, a utilização de meios assistências mais sofisticados, mais técnicos, mais farmacológicos e, também, mais dispendiosos. Nas relações interpessoais são utilizados alguns termos de rotulagem como: senil, doente, acabado, triste, amargurado, inútil, parado, preguiçoso, pobre,

egoísta, aborrecido e teimoso, que fazem parte do vocabulário que intervém na elaboração do *corpo* de registos das intervenções profissionais.

Na constatação desses fenómenos é importante criar antecipadamente uma formação e preparação técnica adequada, associada à fomentação de saberes transversais que façam parte de todos os pilares da construção social e/ou profissional.

Pretendemos que este estudo contribua para melhor compreender de que modo o indivíduo pode ser influenciado ou influenciar o seu campo de acção profissional, sejam nos *objectos* de actuação directa (os idosos) ou indirecta (não idosos). Também gostaríamos de contribuir para perceber de que modo a formação e a experiência profissional de contacto com o envelhecimento e a velhice influenciam a imagem pessoal, a imagem social e a imagem que este apresenta para os outros (pessoal-profissional-social). Neste sentido fizemos uma estruturação deste capítulo em termos de objectivos, metodologia utilizada e caracterização dos inquiridos segundo as variáveis consideradas no estudo.

1.2. OBJECTIVOS

Esta pesquisa incide no estudo das imagens da velhice e do envelhecimento em técnicos de serviço social, médicos e enfermeiros (os profissionais que mais trabalham junto de idosos), consideram a idade e o género.

O objectivo geral do estudo é aprofundar o conhecimento sobre as imagens da velhice e do envelhecimento em profissionais que trabalham com idosos. Em termos específicos procura-se:

- Conhecer as imagens da velhice e do envelhecimento em médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social.
- Comparar as imagens entre esses profissionais.
- Analisar como as imagens variam considerando a profissão, idade, género e zona de residência.
- Analisar como as imagens variam considerando a profissão, experiência de trabalho com idosos e trabalhar actualmente com idosos.

Os resultados permitirão: construir as imagens da velhice e do envelhecimento em cada profissão e compreender como se interrelacionam; compreender melhor como

essas imagens podem estar a ter impacto nos cuidados aos idosos e no trabalho em equipa entre os profissionais. Os dados terão impacto ao nível de: identificação de necessidades de formação; definição de boas práticas; organização de metodologias de intervenção.

2. METODOLOGIA

2.1. INSTRUMENTO

Neste estudo exploratório, o instrumento utilizado envolve um questionário e a escala ImAges, aplicados por auto-preenchimento (cf. anexo 1).

O questionário é constituído por 8 questões fechadas, incidindo em variáveis sociodemográficas (idade, sexo, zona de residência e profissão) e profissionais (experiência profissional na área da velhice/envelhecimento actual e passada).

Optou-se pelo uso da escala ImAges (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002), pois foi desenvolvida para a população Portuguesa e demonstrou uma boa consistência interna (α de Cronbach = 0.86).

Este instrumento foi desenvolvido em várias fases (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002). Numa primeira, foi efectuada a recolha de itens que se baseou na revisão da literatura e de diversos instrumentos de estudo de imagens, estereótipos, atitudes ou crenças em relação à velhice e ao envelhecimento, nacionais e internacionais. Para além disso foi utilizado um questionário composto por 3 frases que os inquiridos deveriam completar: *Uma pessoa velha é...; A velhice é...; Sabemos que alguém está velho quando...* Numa segunda fase de desenvolvimento do instrumento os itens emergentes foram integrados num questionário com escalas tipo Likert de 5 pontos (1- discordo totalmente, 2- discordo, 3- não concordo nem discordo, 4- concordo, 5- concordo totalmente). Esta escala inicial era composta por 146 itens, que foram depurados em duas fases: i) o questionário foi administrado a uma amostra por conveniência de 43 sujeitos, a quem foi pedido que indicassem quais os itens que, no seu entender, representavam mesma ideia, assim como aqueles que não eram compreensíveis; nesta fase alguns itens foram eliminados e outros foram agregados, tendo resultado uma escala com 86 itens; ii) esta escala foi administrada a uma amostra de conveniência de 160 sujeitos; os dados foram sujeitos a análises em componentes principais destinadas a testar a sua dimensionalização, este processo suscitou a remoção de uma quantidade substancial de itens, tendo-se chegado a uma escala de 32 itens.

Por fim, estudou-se a estrutura factorial da escala. Os 32 itens foram submetidos a análise em componentes principais, tendo emergido desta 4 factores, que explicam 50,2% da variância. Os factores são (quadro 2):

- Factor 1 (dependência, tristeza e antiquado) compreende itens relacionados com a doença e perda de capacidades físicas e, consequente, dependência, e itens associados com a tristeza, solidão e viver de recordações.
- Factor 2 (incompetência relacional e cognitiva) envolve itens que apontam para a diminuição do desempenho ao nível cognitivo e para comportamentos sociais desajustados.
- Factor 3 (maturidade, actividade e afectividade) engloba itens que descrevem a velhice como uma fase de maturidade e a pessoa velha como activa e carinhosa.
- Factor 4 (inutilidade) inclui itens que descrevem a velhice e a pessoa velha como já não tendo contributo a dar.

Quadro 2. Factores e itens da Escala ImAge

Factor 1. Dependência, tristeza e antiquado	
4	A velhice é uma fase da vida especialmente difícil (aproximação da morte, doenças, solidão, ...)
3	Uma pessoa velha é triste e amargurada
6	Uma pessoa velha vive das suas recordações (repete sempre as histórias do passado)
7	Uma pessoa velha sente muitas dores físicas
8	Uma pessoa velha geralmente é pobre
12	Uma pessoa velha é doente (tem pouca saúde física e psicológica)
13	A velhice é uma segunda infância
16	Uma pessoa velha tem pouca criatividade
18	Uma pessoa velha não domina as novas tecnologias
19	A velhice é a fase da deterioração das capacidades físicas
21	Uma pessoa velha precisa de muito descanso
22	Uma pessoa velha precisa que tenham paciência com ela
23	Uma pessoa velha já deu o seu contributo (bom ou mau) ao mundo
30	Uma pessoa velha é dependente e por isso precisa da ajuda dos outros
Factor 2. Incompetência relacional e cognitiva	
1	Uma pessoa velha não cuida do seu aspecto físico
5	Uma pessoa velha tem menos responsabilidades e obrigações
9	Uma pessoa velha tem um discurso incoerente
10	Uma pessoa velha não admite os seus erros

11	Uma pessoa velha sente menos as emoções (alegria, tristeza, ansiedade, amor, ...)
14	Uma pessoa velha não reconhece que precisa de ajuda
15	Uma pessoa velha é egoísta
31	Uma pessoa velha é aborrecida, rabugenta, teimosa
Factor 3. Maturidade, actividade e afectividade	
24	Uma pessoa velha sente-se bonita
26	Uma pessoa velha tem vontade de viver
27	A velhice é um a fase da vida especialmente boa (mais maturidade, tempo para desfrutar a alegria e a felicidade)
28	Uma pessoa velha é um a pessoa amorosa e carinhosa
29	Uma pessoa velha continua a ter uma vida normal
32	Uma pessoa velha é activa e esforça – se por assim continuar
Factor 4. Inutilidade	
2	A velhice pode ser boa ou má, dependendo dos que nos rodeiam (amigos, família)
17	As pessoas velhas são todas iguais
20	Uma pessoa velha tem conhecimentos que já não interessam aos outros
25	Uma pessoa velha é inútil, parada e preguiçosa

2. 2. AMOSTRA

2.2.1. Definição da amostra

No sentido de dar resposta aos objectivos em estudo, decidiu-se construir uma amostra de 240, subdividida em 4 subamostras: 60 médicos (15 homens com idade até aos 44 anos; 15 homens com 45 anos ou mais; 15 mulheres com idade até aos 44 anos; 15 mulheres com 45 anos ou mais); 60 enfermeiros (15 homens com idade até aos 44 anos; 15 homens com 45 anos ou mais; 15 mulheres com idade até aos 44 anos; 15 mulheres com 45 anos ou mais); 60 técnicos de serviço social (15 homens com idade até aos 44 anos; 15 homens com 45 anos ou mais; 15 mulheres com idade até aos 44 anos; 15 mulheres com 45 anos ou mais); 60 engenheiros (15 homens com idade até aos 44 anos; 15 homens com 45 anos ou mais; 15 mulheres com idade até aos 44 anos; 15 mulheres com 45 anos ou mais).

A subamostra dos engenheiros foi incluída para permitir comparação com as outras profissões. As profissões em estudo são ligadas à saúde e acção social e, em geral, quase todos os profissionais têm alguma experiência de trabalho com utentes

idosos. Os engenheiros constituem uma profissão, por norma, desligada das áreas da saúde, protecção social e em que as funções não se dirigem à população idosa.

2.2.2. Recolha da amostra

A escala foi administrada a uma amostra aleatória e por conveniência respeitando os critérios definidos. Apenas em relação aos técnicos de serviço social houve alterações: a escassez de homens a exercer esta profissão, acarretou a decisão de eliminar o critério sexo e recolher apenas elementos do sexo feminino; assim, a amostra compreende 60 técnicas de serviço social.

A aplicação decorreu em serviços diversos: Sub-Regiões de Saúde; Câmaras Municipais; Hospitais, Universidades, Institutos Politécnicos, Santas Casas de Misericórdia, Ordens dos Enfermeiros, Médicos e Engenheiros; diversos lares de idosos e centros de dia; várias associações, instituições de apoio social; outras empresas de prestações de serviços relacionadas com as profissões em estudo das regiões de Portugal (excepto Açores e Madeira) e em particular: Hospital Infante D. Pedro EPE, Aveiro; Cliria-Hospital Particular de Aveiro Universidade de Aveiro; IEFP (Instituto de Emprego e Formação Profissional) de Aveiro; Centro Segurança Social de Aveiro e Ministério de Agricultura Desenvolvimento Rural e Pescas da região de Aveiro. A recolha ocorreu durante 2006.

Os questionários foram distribuídos pessoalmente ou por correio electrónico, solicitando-se o seu auto-preenchimento, sendo garantida a confidencialidade neste processo. Alguns sujeitos levavam os questionários para casa, para posterior preenchimento; outros os preenchiam logo no momento seguinte à entrega; outros enviam em anexo através do correio e/ou e.mail. O preenchimento do instrumento demora cerca de 10 minutos.

2.2.3. Caracterização da amostra

A amostra deste estudo compreende 240 sujeitos distribuídos por 4 subamostras de acordo com a profissão: enfermeiros – 60; médicos – 60; técnicos de serviço social – 60; engenheiros – 60.

Como se pode observar no quadro 3 os inquiridos encontram-se distribuídos por profissão, grupo etário e sexo de acordo com o previsto na definição da amostra. Tal apenas não se verifica em relação aos técnicos de serviço social, onde apenas foram inquiridas mulheres, pois constituem a larga maioria dos profissionais desta área. Assim, optou-se por excluir os homens.

Quadro 3. Distribuição da amostra por profissão, idade e sexo

Sexo	Feminino				Masculino			
Idade	Até 44 anos		≥ 45 anos		Até 44 anos		≥ 45 anos	
Profissão	N	%	N	%	N	%	N	%
Enfermeiros	15	25	15	25	15	25	15	25
Médicos	15	25	15	25	15	25	15	25
Técnicos de serviço social	30	50	30	50	0	-	0	-
Engenheiros	15	25	15	25	15	25	15	25
Total	75	31.3	75	31.3	45	18.8	45	18.8

No quadro 4 apresenta-se a média etária dos inquiridos de acordo com a profissão. As subamostra apresentam médias etárias estatisticamente similares, podendo destacar-se algumas tendências: os enfermeiros são os mais novos (41,20 anos) e os médicos os mais velhos (43,13); os profissionais mais novos têm 23 anos e são enfermeiros e engenheiros; os profissionais mais velhos são médicos com 71 anos.

Quadro 4. Média etária dos profissionais

Profissão	Idade				
	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Enfermeiros	60	41,20	10,79	23	58
Médicos	60	43,13	12,39	24	71
Técnicos de serviço social	60	42,13	12,00	25	61
Engenheiros	60	42,70	11,81	23	63
Total	240	42,29	11,71	23	71

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as médias etárias das diferentes profissões: i) enfermeiros e engenheiros ($t=0,726$; $p=0,4694$); ii) enfermeiros e médicos ($t=0,817$; $p=0,3644$); iii) enfermeiros e técnicos de serviço social ($t=0,671$; $p=0,6571$); iv) engenheiros e médicos ($t=0,577$; $p=0,8459$); v) engenheiros e técnicos de serviço social ($t=0,5782$; $p=0,8435$); vi) médicos e técnicos de serviço social ($t=0,6729$; $p=0,654$).

Em relação ao local de residência (quadro 5) predomina a residência urbana, sendo os médicos os profissionais que mais residem em área urbana (88,3%) e os enfermeiros os que, comparativamente, mais apresentam residência rural (40%). As subamostras apresentam distribuições diferentes pela área de residência: os médicos têm mais residência urbana e os enfermeiros mais rural. Deve-se ao facto da densidade profissional localizar-se em regiões mais urbanas.

Quadro 5. Distribuição da amostra por profissão e área de residência

Residência	Rural		Urbana	
	N	%	N	%
Enfermeiros	24	40	36	60
Médicos	7	11,7	53	88,3
Técnicos de serviço social	18	30	42	70
Engenheiros	18	30	42	70
Total	67	27,9	173	72,1

As diferentes profissões não apresentam distribuições estatisticamente idênticas pelas áreas de residência: $\chi^2(3) = 12,4855$; $p \leq 0,001$.

No quadro 6 pode observar-se a amostra distribuída por profissão e anos de experiência profissional. A média para a amostra global é 17,33 anos. Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas em termos dos anos de experiência profissional entre as diversas profissões, algumas tendências podem ser referidas: os enfermeiros são os profissionais que apresentam mais anos de experiência profissional (18,45); os engenheiros têm o valor inferior de anos de experiência profissional (15,67); o valor máximo de anos de experiência profissional é de 43 de anos entre os técnicos de serviço social.

Quadro 6. Distribuição por profissão e os anos de experiência profissional

Profissão	Anos de experiência profissional				
	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Enfermeiros	60	18,45	10,923	2	38
Médicos	60	17,66	11,519	1	41
Técnicos de serviço social	60	17,56	12,208	1	43
Engenheiros	60	15,67	12,360	0	42
Total	240	17,33	11,737	0	43

As diferentes profissões apresentam médias de anos de experiência profissional estatisticamente similares: i) enfermeiros e engenheiros ($t=0,0973$; $p=0,1947$); ii) enfermeiros e médicos ($t=0,3500$; $p=0,7001$); iii) enfermeiros e técnicos de serviço social ($t=0,3376$; $p=0,6753$); iv) engenheiros e médicos ($t=0,8189$; $p=0,3612$); v) engenheiros e técnicos de serviço social ($t=0,7994$; $p=0,4011$); vi) médicos e técnicos de serviço social ($t=0,4816$; $p=0,9632$).

Em seguida apresenta-se a distribuição das diferentes profissões de acordo com a existência e inexistência de experiência profissional com idosos (quadro 7). As amostras distribuem-se de modo diferente, essencialmente porque: os engenheiros raramente têm experiência de trabalho com idosos; os restantes profissionais tendem a ter experiência com idosos. Salienta-se que os enfermeiros são os profissionais com maior número de respostas afirmativas (80% tem experiência de trabalho com idosos).

Quadro 7. Distribuição por profissão e experiência de trabalho com idosos

Experiência com idosos	Não		Sim	
	N	%	N	%
Enfermeiros*	11	18,3	48	80
Médicos	19	31,7	41	68,3
Técnicos de serviço social	21	35	39	65
Engenheiros	55	91,7	5	8,3
Total	106	44,2	133	55,4

* Há 1 não resposta.

As profissões distribuem-se estatisticamente de modo diferente segundo a (in)existência de experiência profissional com idosos: $\chi^2(3) = 76,259$; $p \leq 0,001$.

No quadro 8 apresentam-se as médias de anos de experiência profissional com idosos por área profissional. A média da amostra global é de 5,16 anos. Os engenheiros apresentam significativamente menos anos de experiência profissional com idosos que

as outras profissões. Este é um resultado previsível, pois o foco profissional da engenharia não é a geriatria e gerontologia, aliás este era o objectivo da inclusão desta subamostra no estudo: ter uma profissão não centrada nas relações humanas e na gerontologia/geriatria.

No que respeita às restantes profissões observa-se que têm médias de anos de experiência profissional com idosos similares. De qualquer modo, os médicos apresentam a média de experiência profissional com idosos superior (7,88), enquanto os técnicos de serviço social (exceptuando os engenheiros) apresentam a média inferior (5,64). De salientar que há médicos com 41 anos de experiência profissional junto de idosos.

Quadro 8. Distribuição das profissões pelos anos de experiência com idosos

Profissão	Anos de experiência profissional				
	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Enfermeiros	60	6,98	7,30	0	27
Médicos	60	7,88	10,79	0	41
Técnicos de serviço social	60	5,64	8,25	0	32
Engenheiros	60	0,10	0,66	0	5
Total	240	5,16	8,25	0	41

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os engenheiros e as restantes profissões: i) enfermeiros ($t=7,272$; $p=0,0002$); ii) médicos ($t=5,575$; $p=0,0001$); iii) técnicos de serviço social ($t=5,185$; $p=0,0001$).

Não existem diferenças significativas entre os anos de experiência profissional com idosos entre as restantes profissões: i) enfermeiros e médicos ($t=0,7034$; $p=0,5931$); ii) enfermeiros e técnicos de serviço social ($p=0,1743$; $p=0,3486$); iii) médicos e técnicos de serviço social ($t=0,1024$; $p=0,205$).

Quanto à (in)existência de experiência profissional actual de trabalho com idosos (quadro 9), verifica-se a predominância do não, em todas as profissões, apesar de tal ser sobretudo saliente entre os engenheiros (nenhum trabalha actualmente com idosos). As subamostras distribuem-se de modo diferente, principalmente, porque nenhum engenheiro tem experiência actual de trabalho com idosos. Os técnicos de serviço social são aqueles que mais trabalham actualmente com idosos (45%), enquanto os enfermeiros e médicos surgem em seguida com percentagens iguais (36,7% trabalha actualmente com idosos).

Quadro 9. Profissões e (in)existência de experiência actual de trabalho com idosos

Experiência com idosos	Não		Sim	
	N	%	N	%
Enfermeiros	38	63,3	22	36,7
Médicos	38	63,3	22	36,7
Técnicos de serviço social	33	55	27	45
Engenheiros*	59	98,3	0	-
Total	168	70	71	29,6

* Há uma não-resposta.

As profissões distribuem-se estatisticamente de modo diferente segundo a (in)existência de experiência profissional actual com idosos: $\chi^2(3) = 34,4377$; $p \leq 0,001$.

Enfermeiros

Começamos por analisar as médias etárias dos enfermeiros mais novos e mais velhos, considerando o sexo (quadro 10). Os dados indicam que os enfermeiros mais novos, do sexo feminino e masculino, têm médias etárias similares; paralelamente os enfermeiros mais velhos, do sexo feminino e masculino, também apresentam médias etárias similares. As diferenças nas médias etárias ocorrem quando se comparam enfermeiros mais novos e mais velhos de ambos os sexos. Os enfermeiros com média etária inferior (31,4 anos) são do sexo masculino, enquanto os com média etária superior são do sexo feminino (51,3), provavelmente porque a enfermagem, pelo menos na sua origem, ser mais associada a uma profissão de “mulheres”.

Quadro 10. Enfermeiros segundo sexo e média etária

Enfermeiro	Média etária				
	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
A. Sexo feminino, até aos 44 anos	15	32,53	6,23	24	44
B. Sexo masculino, até aos 44 anos	15	31,40	7,59	23	44
C. Sexo feminino, ≥ 45 anos	15	51,13	4,27	47	58
D. Sexo masculino, ≥ 45 anos	15	49,73	3,06	45	56
Total	60	41	10,79	23	58

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros mais novos do sexo feminino e masculino, nem entre os enfermeiros mais velhos de ambos os sexos: A e B ($t=0,3295$; $p=0,659$); C e D ($t=0,1528$; $p=0,3058$).

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros mais novos e mais velhos dos sexos feminino e masculino: A e C ($t=9,358$; $p=0,0001$); A e D ($t=9,599$; $p=0,0001$); B e C ($t=8,783$; $p=0,0001$); iv) B e D ($t=8,685$; $p=0,0001$).

Em relação à área de residência predomina a urbana (60%) (quadro 11). Os enfermeiros mais novos têm distribuições similares, com saliência para a residência urbana. Os mais velhos têm distribuições diferentes: as mulheres têm mais residência rural e entre os homens predomina a urbana.

Quadro 11. Área de residência dos enfermeiros

Experiência com idosos	Rural		Urbana	
	N	%	N	%
A. Sexo feminino, até aos 44 anos	5	33,3	10	66,7
B. Sexo masculino, até aos 44 anos	5	33,3	10	66,7
C. Sexo feminino, ≥ 45 anos	10	66,7	5	33,3
D. Sexo masculino, ≥ 45 anos	4	26,7	11	73,3
Total	24	40	36	60

Os enfermeiros mais novos de ambos os sexos apresentam distribuição idêntica pela residência urbana e rural: ($\chi^2 (1) = 0$). Os enfermeiros mais velhos de ambos os sexos apresentam distribuições diferentes pelas áreas de residência: $\chi^2 (1) = 4,821$; $p \leq 0,05$. No global os diversos grupos de enfermeiros têm distribuições iguais: $\chi^2 (3) = 6,111$; $p \leq 0,20$.

No que diz respeito aos anos de experiência profissional (quadro 12) verifica-se que entre os mais novos de ambos os sexos não há diferenças significativas, o mesmo ocorrendo entre os mais velhos de ambos os sexos. Aqueles com menos anos de experiência profissional são os homens do grupo dos mais novos, enquanto aqueles com mais experiência profissional são, também, homens do grupo dos mais velhos.

Quadro 12. Anos de experiência profissional dos enfermeiros

Enfermeiro	Média de anos de experiência profissional				
	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
A. Sexo feminino, até aos 44 anos	15	10,07	5,97	3	23
B. Sexo masculino, até aos 44 anos	15	8,60	6,49	2	22
C. Sexo feminino, ≥ 45 anos	15	26,87	7,20	17	38
D. Sexo masculino, ≥ 45 anos	15	28,27	3,85	21	33
Total	60	18,45	10,92	2	38

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros mais novos do sexo feminino e masculino, nem entre os enfermeiros mais velhos de ambos os sexos: A e B ($t=0,1916$; $p=0,3832$); C e D ($t=0,7464$; $p=0,5072$).

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros mais novos e mais velhos dos sexos feminino e masculino: A e C ($t=6,957$; $p=0,0002$); A e D ($t=9,926$; $p=0,0001$); B e C ($t=7,3$; $p=0,0001$); B e D ($t=10,099$; $p=0,0001$).

Em seguida apresenta-se a distribuição dos enfermeiros de acordo com a existência e inexistência de experiência profissional com idosos (quadro 13). Os enfermeiros mais novos de ambos os sexos distribuem-se de modo idêntico, tendem a ter experiência com idosos. Salienta-se o facto dos mais novos do sexo feminino obterem um maior número de respostas afirmativas (93,3%) de experiência com idosos. Nos enfermeiros velhos de ambos os sexos existe uma distribuição diferente: os enfermeiros mais velhos do sexo masculino são os profissionais com maior número de respostas negativas (46,7%), ou seja, não têm experiência com idosos.

Quadro 13. Enfermeiros e experiência de trabalho com idosos

Experiência com idosos	Não		Sim	
	N	%	N	%
A. Sexo feminino, até aos 44 anos	0	0	14	93,3
B. Sexo masculino, até aos 44 anos	2	13,3	13	86,7
C. Sexo feminino, ≥ 45 anos	2	13,3	13	86,7
D. Sexo masculino, ≥ 45 anos	7	46,7	8	53,3
Total	11	18,3	48	80

* Há 1 não resposta.

Os enfermeiros distribuem-se de modo estatisticamente diferente segundo a (in)existência de experiência profissional com idosos: $\chi^2 (3) = 11,5318$; $p \leq 0,01$; A e B as distribuições são iguais: $\chi^2 (1) = 2,004$; $p \leq 0,20$; C e D as distribuições são diferentes: $\chi^2 (1) = 3,9682$; $p \leq 0,05$.

No quadro 14 apresentam-se as médias de anos de experiência profissional dos enfermeiros com idosos. Os enfermeiros e as enfermeiras do grupo etário mais novo, assim como os do grupo etário mais velho apresentam médias de anos de experiência profissional similares com idosos. De qualquer modo, as enfermeiras mais novas apresentam a média inferior de experiência profissional com idosos (4,97), enquanto as enfermeiras mais velhas apresentam a média superior (10,53). No entanto, é entre os enfermeiros velhos que se encontra o elemento com mais experiência profissional com idosos (27 anos).

Quadro 14. Distribuição dos enfermeiros pelos anos de experiência com idosos

Enfermeiros	Anos de experiência profissional com idosos				
	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
A. Sexo feminino, até aos 44 anos	15	4,97	4,879	0	17
B. Sexo masculino, até aos 44 anos	15	5,00	5,057	0	17
C. Sexo feminino, ≥ 45 anos	15	10,53	7,511	0	20
D. Sexo masculino, ≥ 45 anos	15	7,40	9,826	0	27
Total	60	6,98	7,300	0	27

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os anos de experiência profissional com idosos dos enfermeiros mais novos e mais velhos em ambos os sexos: A e B ($t=0,5065$; $p=0,9869$); C e D ($t=0,16892$; $p=0,3378$). Existem diferenças estatisticamente significativas entre: A e C ($t=2,406$; $p=0,4065$); B e C ($t=0,0279$; $p=0,0279$). E não existem diferenças estatisticamente significativas entre: A e D ($t=0,7967$; $p=0,4065$); B e D ($t=0,7955$; $p=0,4088$).

Quanto à (in)existência de experiência profissional actual de trabalho com idosos (quadro 15), verifica-se a predominância do não (63,3%). Todos os enfermeiros novos e velhos de ambos os sexos distribuem-se de modo idêntico. Salienta-se que as enfermeiras mais velhas constituem o grupo com menos experiência actual de trabalho com idosos (80%) e os enfermeiros mais novos apresentam mais experiência com idosos na actualidade (60%).

Quadro 15. Enfermeiros e (in)existência de experiência actual com idosos

Experiência actual com idosos	Não		Sim	
	N	%	N	%
A. Sexo feminino, até aos 44 anos	10	66,7	5	33,3
B. Sexo masculino, até aos 44 anos	6	40	9	60
C. Sexo feminino, ≥ 45 anos	12	80	3	20
D. Sexo masculino, ≥ 45 anos	10	66,7	5	33,3
Total	38	63,3	22	36,7

Os enfermeiros distribuem-se de modo estatisticamente idêntico segundo a (in)existência de experiência profissional actual com idosos: $\chi^2(3) = 5,4545$; $p \leq 0,20$.

Médicos

Ao analisar as médias etárias dos médicos mais novos e mais velhos, considerando o sexo (quadro 16), os dados indicam que os médicos mais novos, do sexo feminino e masculino, têm médias etárias similares; paralelamente os médicos mais velhos, do sexo feminino e masculino, também apresentam médias etárias similares. As diferenças nas médias etárias ocorrem quando se comparam médicos mais novos e mais velhos de ambos os sexos. Os médicos com média etária inferior (31,8 anos) são do sexo feminino, enquanto aqueles com média etária superior são do sexo masculino (55,73 anos), provavelmente porque a medicina inicialmente, era mais associada a uma profissão de “homens”, imagem antagónica à da profissão de enfermagem.

Quadro 16. Média etária dos médicos

Médicos	Média etária				
	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
E. Sexo feminino, até aos 44 anos	15	31,80	6,085	24	42
F. Sexo masculino, até aos 44 anos	15	33,07	5,812	25	43
G. Sexo feminino, ≥ 45 anos	15	51,93	5,391	45	59
H. Sexo masculino, ≥ 45 anos	15	55,73	6,923	46	71
Total	60	43,13	12,391	24	71

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os médicos mais novos do sexo feminino e masculino, nem entre os médicos mais velhos de ambos os sexos: E e F ($t=0,7184$; $p=0,5631$); G e H ($t=0,96118$; $p=0,0776$). Existem diferenças estatisticamente significativas entre os médicos mais novos e mais velhos dos sexos feminino e masculino: E e G ($t=9,59$; $p=0,0001$); E e H ($t=10,055$; $p=0,0001$); F e G ($t=9,214$; $p=0,0001$); F e H ($t=10,485$; $p=0,0001$).

No que diz respeito, à área de residência predomina a urbana (88,3 %) (quadro 17). Os médicos mais novos e mais velhos de ambos os sexos têm distribuições similares, o que é consistente com a distribuição global da amostra. No entanto na área urbana os médicos do sexo feminino são os mais representativos (93,3%).

Quadro 17. Área de residência dos médicos

Experiência com idosos	Rural		Urbana	
	N	%	N	%
E. Sexo feminino, até aos 44 anos	1	6,7	14	93,3
F. Sexo masculino, até aos 44 anos	3	20	12	80
G. Sexo feminino, ≥ 45 anos	1	6,7	14	93,3
H. Sexo masculino, ≥ 45 anos	2	13,3	13	86
Total	7	11,7	53	88,3

A distribuição dos médicos novos e velhos de ambos os sexos é estatisticamente igual: E e F: $\chi^2(1) = 1,1538$; $p \leq 1$; G e H: $\chi^2(1) = 0,72$; $p \leq 1$. No global os diversos grupos de médicos têm distribuições estatisticamente iguais: $\chi^2(3) = 1,7789$; $p \leq 1$.

Em relação aos anos de experiência profissional nos médicos (quadro 18) verifica-se que entre os mais novos de ambos os sexos não há diferenças significativas, o mesmo ocorrendo entre os mais velhos de ambos os sexos. Aqueles com mais experiência profissional são os homens do grupo dos mais velhos (29 anos).

Quadro 18. Anos de experiência profissional dos médicos

Médicos	Média de anos de experiência profissional				
	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
E. Sexo feminino, até aos 44 anos	15	7,30	5,952	1	17
F. Sexo masculino, até aos 44 anos	15	8,47	5,668	1	18
G. Sexo feminino, ≥ 45 anos	15	25,87	6,567	16	35
H. Sexo masculino, ≥ 45 anos	15	29,00	5,745	22	41
Total	60	17,66	11,519	1	41

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os médicos mais novos nem entre os médicos mais velhos de ambos os sexos: E e F ($t = 0,7075$; $p = 0,585$); F e H ($t = 0,9141$; $p = 0,1716$).

Em seguida apresenta-se a distribuição dos médicos de acordo com a existência e inexistência de experiência profissional com idosos (quadro 19). Os médicos mais novos e mais velhos de ambos os sexos distribuem-se de modo idêntico, tendendo a ter experiência com idosos. Salienta-se o facto dos mais novos do sexo feminino (46,7%) serem aqueles com menos experiência de trabalho com idosos.

Quadro 19. Médicos e experiência de trabalho com idosos

Experiência com idosos	Não		Sim	
	N	%	N	%
E. Sexo feminino, até aos 44 anos	7	46,7	8	53,3
F. Sexo masculino, até aos 44 anos	4	26,7	11	73,3
G. Sexo feminino, ≥ 45 anos	4	26,7	11	73,3
H. Sexo masculino, ≥ 45 anos	4	26,7	11	73,3
Total	19	31,7	41	68,3

Os médicos velhos e novos de ambos os sexos distribuem-se de modo estatisticamente idêntico: E e F ($\chi^2(1) = 1,2918$; $p \leq 1$); G e H ($\chi^2(1) = 0$). No global a distribuição é similar: $\chi^2(3) = 2,097$; $p \leq 1$.

No quadro 20 apresentam-se as médias de anos de experiência profissional com idosos dos médicos. Os médicos, homens e as mulheres, mais novos, assim como os médicos, homens e as mulheres, do grupo mais velho apresentam médias de anos de experiência profissional idênticas com idosos. As médicas mais velhas apresentam a média superior (14,87), inversamente, as médicas mais novas apresentam a média de

experiência profissional com idosos inferior (0,73). No entanto, é entre os médicos mais velhos que algum membro detém mais experiência profissional com idosos (41 anos).

Quadro 20. Médicos e anos de experiência profissional com idosos

Médicos	Anos de experiência profissional com idosos				
	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
E. Sexo feminino, até aos 44 anos	15	0,73	1,033	0	3
F. Sexo masculino, até aos 44 anos	15	2,53	3,482	0	10
G. Sexo feminino, ≥ 45 anos	15	14,87	11,587	0	31
H. Sexo masculino, ≥ 45 anos	15	13,40	13,163	0	41
Total	60	7,88	10,794	0	41

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os anos de experiência profissional com idosos e os médicos mais novos e mais velhos em ambos os sexos: E e F ($t=0,96717$; $p=0,766$); G e H ($t=0,3729$; $p=0,7459$).

Quanto à (in)existência de experiência profissional actual de trabalho com idosos (quadro 21), verifica-se a predominância do não (63,3%). Todos os médicos, mais novos e mais velhos, de ambos os sexos, se distribuem de modo similar. Os médicos mais novos são aqueles que têm menos experiência actual com idosos (86,7%) e as médicas mais velhas detêm mais experiência com idosos na actualidade (66,7%).

Quadro 21. Médicos e (in)existência de experiência actual de trabalho com idosos

Experiência com idosos	Não		Sim	
	N	%	N	%
E. Sexo feminino, até aos 44 anos	12	80	3	20
F. Sexo masculino, até aos 44 anos	13	86,7	2	13,3
G. Sexo feminino, ≥ 45 anos	5	33,3	10	66,7
H. Sexo masculino, ≥ 45 anos	8	53,3	7	46,7
Total	38	63,3	22	36,7

Os médicos distribuem-se estatisticamente de modo idêntico segundo a (in)existência de experiência profissional actual com idosos: E e F ($\chi^2(1) = 0,24$; $p \leq 1$); G e H ($\chi^2(1) = 1,2217$; $p \leq 1$). No global têm uma distribuição estatisticamente igual: ($\chi^2(3) = 11,7703$ $p \leq 1$).

Técnicas de Serviço Social

Ao analisar o quadro 22 das médias etárias das técnicas de serviço social mais novas e mais velhas, os dados indicam que há diferenças nas médias etárias, as mais novas têm média etária inferior (31,23 anos) e as mais velhas apresentam uma média etária superior (53,03 anos).

Quadro 22. Média etária das técnicas de serviço social

Técnicos de serviço social	Média etária				
Idade	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
I. Sexo feminino, até aos 44 anos	30	31,23	5,380	25	44
J. Sexo feminino, ≥ 45 anos	30	53,03	4,279	46	61
Total	60	42,13	12,002	25	61

As técnicas de serviço social mais novas e mais velhas têm médias etárias estatisticamente diferentes: I e J ($t=17,37$; $p=0,0001$).

Em relação à área de residência predomina a urbana (70%) (quadro 23). As técnicas de serviço social dos dois grupos etários têm distribuições similares, com saliência para a residência urbana. Na área urbana as mais velhas são as mais representativas (24%). Pensamos que tal se deve ao facto destas técnicas de serviço social, a nível profissional, ocuparem lugares de gestão, direcção e de docência, tendendo a viver nas proximidades dos locais de trabalho, por norma, mais urbanas.

Quadro 23. Área de residência das técnicas de serviço social

Experiência com idosos	Rural		Urbana	
	N	%	N	%
I. Sexo feminino, até aos 44 anos	12	40	18	60
J. Sexo feminino, ≥ 45 anos	6	20	24	80
Total	18	30	42	70

A distribuição das técnicas de serviço social de ambas as idades é estatisticamente idêntica: $\chi^2(1) = 2,85710$; $p \leq 0,01$

No que diz respeito aos anos de experiência profissional das técnicas de serviço social (quadro 24) verifica-se que entre as mais novas e as mais velhas há diferenças

significativas. As mais velhas detêm mais anos (43) de experiência profissional, o que é um resultado expectável.

Quadro 24. Anos de experiência profissional das técnicas de serviço social

Técnicas de serviço social	Média de anos de experiência profissional				
	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
E. Sexo feminino, até aos 44 anos	30	6,78	5,125	1	17
G. Sexo feminino, ≥ 45 anos	30	28,33	6,059	20	43
Total	60	17,56	12,208	1	43

Existem diferenças estatisticamente significativas entre as técnicas mais novas e mais velhas: ($t=14,874$; $p=0,0001$)

Em seguida apresenta-se a distribuição das técnicas de serviço social de acordo com a existência e inexistência de experiência profissional com idosos (quadro 25). As técnicas de serviço social mais novas e mais velhas distribuem-se de modo idêntico, tendendo a ter experiência com idosos. Salienta-se o facto dos mais novas obterem um maior número de respostas negativas (46,7%).

Quadro 25. Técnicas de serviço social e experiência de trabalho com idosos

Experiência com idosos	Não		Sim	
	N	%	N	%
E. Sexo feminino, até aos 44 anos	7	46,7	8	53,3
G. Sexo feminino, ≥ 45 anos	4	26,7	11	73,3
Total	19	31,7	41	68,3

As técnicas de serviço social novas e velhas distribuem-se de modo estatisticamente idêntico: ($\chi^2(1) = 0,6593$; $p \leq 1$).

No quadro 26 apresentam-se as médias de anos de experiência profissional com idosos das técnicas de serviço social. Os dois grupos etários apresentam médias de anos de experiência profissional estatisticamente diferentes. As técnicas de serviço social mais velhas apresentam a média superior (8,6) de experiência profissional com idosos.

Quadro 26. Técnicas de serviço social e anos de experiência com idosos

Técnicas de serviço social	Anos de experiência profissional com idosos				
	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
I. Sexo feminino, até aos 44 anos	30	2,68	3,757	0	17
J. Sexo feminino, ≥ 45 anos	30	8,60	10,308	0	32
Total	60	5,64	8,250	0	32

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os anos de experiência profissional com idosos e as técnicas de serviço social de ambas as idades: I e J ($t=0,997$; $p=0,0058$).

Quanto à (in)existência de experiência profissional actual de trabalho com idosos (quadro 27), verifica-se a predominância negativa (55%). Todas as técnicas de serviço social se distribuem de modo similar. As técnicas de serviço social mais velhas são aquelas que têm menos experiência actual com idosos (63,3%), visto a maior parte destas se encontrarem em de funções de docência, gestão e/ou direcção, em consequência da progressão da carreira profissional ou opção pessoal, implicando um não contacto directo actual com esta população.

Quadro 27. Técnicas de serviço social e experiência actual de trabalho com idosos

Experiência com idosos	Não		Sim	
	N	%	N	%
I. Sexo feminino, até aos 44 anos	14	46,7	16	53,3
J. Sexo feminino, ≥ 45 anos	19	63,3	11	36,7
Total	33	55	27	45

As técnicas de serviço social distribuem-se de modo estatisticamente idêntico segundo a (in)existência de experiência profissional actual com idosos: I e J ($\chi^2(1) = 1,6835$; $p \leq 0,20$)

Engenheiros

Ao analisar as médias etárias dos engenheiros mais novos e mais velhos, considerando o sexo (quadro 28), os dados indicam que os engenheiros mais novos, do sexo feminino e masculino, têm médias etárias similares; paralelamente os engenheiros mais velhos, do sexo feminino e masculino, também apresentam médias etárias similares. As diferenças nas médias etárias ocorrem quando se comparam engenheiros mais novos e mais velhos de ambos os sexos. Os engenheiros com média etária inferior

(31,6 anos) são do sexo feminino, enquanto os com média etária superior são do sexo masculino (54,27 anos). Uma imagem similar aos médicos porque se trata de profissões socialmente mais masculinas, apesar da tendência para a mudança na actualidade.

Quadro 28. Média etária dos engenheiros

Engenheiros	Média etária				
Idade/sexo	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
K. Sexo feminino, até aos 44 anos	15	31,67	4,353	26	40
L. Sexo masculino, até aos 44 anos	15	32,53	5,111	23	41
M. Sexo feminino, ≥ 45 anos	15	52,33	4,995	46	59
N. Sexo masculino, ≥ 45 anos	15	54,27	5,861	46	63
Total	60	42,70	11,815	23	63

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os engenheiros mais novos do sexo feminino e masculino, nem entre os engenheiros mais velhos de ambos os sexos: K e L ($t=0,69042$; $p=0,6192$); M e N ($t=0,976$; $p=0,3314$).

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os engenheiros mais novos e mais velhos dos sexos feminino e masculino: K e M ($t=12,087$; $p=0,0001$); K e N ($t=11,993$; $p=0,0001$); L e M ($t=10,737$; $p=0,0001$); L e N ($t=10,829$; $p=0,0001$).

Na análise em relação à área de residência predomina a urbana (70%) (quadro 29). Os engenheiros mais novos e mais velhos têm distribuições similares, com saliência para a residência urbana. Os engenheiros mais velhos do sexo masculino têm uma tendência para residir em zonas rurais (46,7%).

Quadro 29. Área de residência dos engenheiros

Área de residência	Rural		Urbana	
	N	%	N	%
K. Sexo feminino, até aos 44 anos	4	26,7	11	73,3
L. Sexo masculino, até aos 44 anos	3	20	12	80
M. Sexo feminino, ≥ 45 anos	4	26,7	11	73,3
N. Sexo masculino, ≥ 45 anos	7	46,7	8	53,3
Total	18	30	42	70

A distribuição dos engenheiros novos e velhos de ambos os sexos estatisticamente é igual: K e L ($\chi^2(1) = 0,1863$; $p \leq 1$); M e N ($\chi^2(1) = 1,2918$; $p \leq 1$). No global os diversos grupos de engenheiros têm distribuições iguais: $\chi^2(3) = 2,8571$; $p \leq 1$.

Em relação aos anos de experiência profissional dos engenheiros (quadro 30) verifica-se que entre os mais novos de ambos os sexos não há diferenças significativas, o mesmo ocorrendo entre os mais velhos de ambos os sexos. Aqueles com menos anos de experiência profissional são as mulheres do grupo dos mais novos, enquanto aqueles com mais experiência profissional são os homens do grupo dos mais velhos.

Quadro 30. Anos de experiência profissional dos engenheiros

Engenheiros	Média de anos de experiência profissional				
	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
E. Sexo feminino, até aos 44 anos	15	5,20	4,82	0	17
F. Sexo masculino, até aos 44 anos	15	5,40	4,62	0	16
G. Sexo feminino, ≥ 45 anos	15	24,80	9,02	5	34
H. Sexo masculino, ≥ 45 anos	15	27,27	7,33	15	42
Total	60	15,67	12,36	0	42

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os engenheiros mais novos nem entre os médicos mais velhos de ambos os sexos: K e L ($t=0,116$; $p=0,9084$); M e N ($t=0,7916$; $p=0,4167$). Existem diferenças estatisticamente significativas entre os engenheiros mais novos e mais velhos dos sexos feminino e masculino: K e M ($t=7,423$; $p=0,0001$); K e N ($t=9,74$; $p=0,0001$); L e M ($t=7,411$; $p=0,0001$); L e N ($t=9,776$; $p=0,0001$).

Em seguida apresenta-se a distribuição dos engenheiros de acordo com a existência e inexistência de experiência profissional com idosos (quadro 31). Os engenheiros mais novos e os mais velhos de ambos os sexos distribuem-se de modo idêntico, não têm experiência com idosos.

Quadro 31. Engenheiros e experiência de trabalho com idosos

Experiência com idosos	Não		Sim	
	N	%	N	%
K. Sexo feminino, até aos 44 anos	13	86,7	2	13,3
L. Sexo masculino, até aos 44 anos	15	100	0	0
M. Sexo feminino, ≥ 45 anos	13	86,7	2	13,3
N. Sexo masculino, ≥ 45 anos	14	93,3	1	6,7
Total	55	91,7	5	8,3

Os engenheiros velhos e novos de ambos os sexos distribuem-se de estatisticamente de modo idêntico: K e L ($\chi^2(1) = 2,1428$; $p \leq 0,20$); M e N ($\chi^2(1) = 0,3703$; $p \leq 1$). No total a distribuição mantém-se similares: $\chi^2(3) = 2,4$; $p \leq 1$.

Quanto às médias de anos de experiência profissional e/ou à (in)existência de experiência profissional actual de trabalho e com idosos os engenheiros não revelaram diferenças estatisticamente significativas. A média superior de anos (0,4), um valor baixo, refere-se as engenheiras mais novas. Em relação à (in)existência de experiência profissional actual com idosos todos os engenheiros responderam não (100%). Os resultados mostram o esperado inicialmente, visto o foco central de actuação desta profissão não se situar nesta população.

2.4. ANÁLISE DE DADOS

Para a análise de dados utilizou-se a versão 13 para Windows do Programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences). A análise é, essencialmente, descritiva e classificatória.

CAPITULO 4.

APRESENTAÇÃO E LEITURA DOS RESULTADOS

O objectivo global desta etapa foi descobrir as imagens da velhice e envelhecimento nos profissionais: enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social.

É de enunciar que os resultados apresentados surgiram após a validação da Escala ImAges para a amostra em estudo. Optamos por excluir um factor da escala inicial. Também fizemos a comparação das imagens segundo cada profissão, as variáveis socio-demograficas e a experiência profissional, com foco de actuação principal, os idosos.

1. ESTUDO PSICOMÉTRICO DA ESCALA IMAGES

O estudo psicométrico da escala ImAges (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002) foi aferido para a amostra em estudo através da análise em Componentes Principais (Rotação Varimax com Kaiser Normalization). Neste processo algumas alterações emergiram que exigiram a adequação da escala à população em estudo.

Assim, optou-se por eliminar o item 2 por apresentar uma baixa correlação. Posteriormente, foram eliminados os itens 1, 5, 6, 7, 14, 17, 18, 21 e 30, pois não saturaram em nenhuma componente ou saturaram em várias componentes.

Optou-se por uma solução de 3 componentes por ser a que melhor se ajustava aos dados em análise (quadro32).

Quadro 32. Componentes da matriz da escala ImAgens

Itens		Componentes		
		Factor 1 Dependência, tristeza e antiquado	Factor 2 Incompetência relacional e cognitiva	Factor 3 Maturidade, actividade e afectividade
3	Uma pessoa velha é triste e amargurada	0,488	0,283	0,017
4	A velhice é uma fase da vida especialmente difícil (aproximação da morte, doenças, solidão, ...)	0,065	0,660	-0,036
8	Uma pessoa velha geralmente é pobre	0,463	0,208	-0,139
9	Uma pessoa velha tem um discurso incoerente	0,662	0,287	-0,003
10	Uma pessoa velha não admite os seus erros	0,546	0,382	-0,004
11	Uma pessoa velha sente menos as emoções (alegria, tristeza, ansiedade, amor, ...)	0,571	-0,111	-0,219
12	Uma pessoa velha é doente (tem pouca saúde física e psicológica)	0,575	0,380	-0,076
13	A velhice é uma segunda infância	0,341	0,425	-0,031
15	Uma pessoa velha é egoísta	0,663	0,219	0,033
16	Uma pessoa velha tem pouca criatividade	0,565	0,315	-0,074
19	A velhice é a fase da deterioração das capacidades físicas	0,034	0,567	-0,234
20	Uma pessoa velha tem conhecimentos que já não interessam aos outros	0,600	-0,216	-0,214
22	Uma pessoa velha precisa que tenham paciência com ela	0,217	0,614	-0,008
23	Uma pessoa velha já deu o seu contributo (bom ou mau) ao mundo	0,427	0,109	-0,192
24	Uma pessoa velha sente-se bonita	-0,059	-0,017	0,610
25	Uma pessoa velha é inútil, parada e preguiçosa	0,662	-0,131	-0,041
26	Uma pessoa velha tem vontade de viver	-0,208	0,120	0,559
27	A velhice é um a fase da vida especialmente boa (mais maturidade, tempo para desfrutar a alegria e a felicidade)	0,032	-0,282	0,591
28	Uma pessoa velha é um a pessoa amorosa e carinhosa	0,037	-0,162	0,589
29	Uma pessoa velha continua a ter uma vida normal	-0,189	-0,390	0,516
31	Uma pessoa velha é aborrecida, rabugenta, teimosa	0,543	0,107	-0,007
32	Uma pessoa velha é activa e esforça-se por assim continuar	-0,116	0,057	0,599

Atendendo ao conteúdo dos itens envolvidos em cada factor foi-lhe atribuída a seguinte designação:

Factor 1 – Dependência, tristeza e antiquado (itens 3, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 20, 23, 25, 31); Factor 2 – Incompetência relacional e cognitiva (itens 4, 13, 19, 22); Factor 3 – Maturidade, actividade e afectividade (itens 24, 26, 27, 28, 29, 32) (quadro X). Em relação à estrutura factorial obtida pelas autoras da escala, essencialmente, verifica-se a eliminação do factor “Inutilidade”.

A análise da variância explicada (quadro 33) indica que os 3 factores explicam 39,6% da variância total.

Quadro 33. Variância total explicada

Factores	Total	Variância %	Variância acumulada %
1	4,147	18,852	18,852
2	2,334	10,611	29,463
3	2,226	10,119	39,582

O quadro 34 apresenta as correlações entre os itens da escala, que são em geral boas.

Quadro 34. Correlações entre os itens da escala

Itens	Correlações
3 Uma pessoa velha é triste e amargurada	0,256
4 A velhice é uma fase da vida especialmente difícil (aproximação da morte, doenças, solidão, ...)	0,218
8 Uma pessoa velha geralmente é pobre	0,340
9 Uma pessoa velha tem um discurso incoerente	0,526
10 Uma pessoa velha não admite os seus erros	0,458
11 Uma pessoa velha sente menos as emoções (alegria, tristeza, ansiedade, amor, ...)	0,287
12 Uma pessoa velha é doente (tem pouca saúde física e psicológica)	0,427
13 A velhice é uma segunda infância	0,326
15 Uma pessoa velha é egoísta	0,464
16 Uma pessoa velha tem pouca criatividade	0,369
19 A velhice é a fase da deterioração das capacidades físicas	0,236
20 Uma pessoa velha tem conhecimentos que já não interessam aos outros	0,306
22 Uma pessoa velha precisa que tenham paciência com ela	0,291
23 Uma pessoa velha já deu o seu contributo (bom ou mau) ao mundo	0,283
24 Uma pessoa velha sente-se bonita	0,222
25 Uma pessoa velha é inútil, parada e preguiçosa	0,323
26 Uma pessoa velha tem vontade de viver	0,233
27 A velhice é uma fase da vida especialmente boa (mais maturidade, tempo para desfrutar a alegria e a felicidade)	0,342
28 Uma pessoa velha é uma pessoa amorosa e carinhosa	0,205
29 Uma pessoa velha continua a ter uma vida normal	0,373
31 Uma pessoa velha é aborrecida, rabugenta, teimosa	0,244
32 Uma pessoa velha é activa e esforça-se por assim continuar	0,272

Para analisar a consistência interna da escala calculou-se o α de Chronbach (quadro 35). Verifica-se que os valores do α para a escala global e para cada sub-escala são bons. Apenas o factor 2 apresenta um valor ligeiramente mais baixo.

Quadro 35. Consistência Interna da Escala (α Cronbach)

Factores	α Cronbach
Factor 1 – Dependência, tristeza e antiquado	0,823
Factor 2 – Incompetência relacional e cognitiva	0,569
Factor 3 – Maturidade, actividade e afectividade	0,648
χ Normalizado (total)	0,703

2. IMAGENS DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO: AMOSTRA GLOBAL

No quadro 36 apresentam-se os resultados relativos à escala ImAge para a amostra global e cada uma das subamostras (enfermeiros, médicos, técnicos de serviço social e engenheiros).

No que diz respeito à amostra global verifica-se que os inquiridos apresentam uma média superior no factor “maturidade, actividade e afectividade” (3,38). Atendendo a que na escala os inquiridos pontuam os itens entre 1 – discordo totalmente e 5 – concordo totalmente, o resultado anterior indica que os sujeitos tendem a “concordar” ou “não concordar, nem discordar” com esta imagem da velhice e do envelhecimento. O factor “incompetência relacional e cognitiva” surge como o segundo com média mais elevada (3,28), muito próximo do anterior, indicando que os sujeitos tendem a “concordar” ou “não concordar, nem discordar” com esta imagem da velhice e do envelhecimento. O factor “dependência, tristeza e antiquado” apresenta a média mais baixa na amostra global (1,92), indicando que os inquiridos “discordam totalmente” ou “discordam”.

A comparação entre as médias dos resultados nos 3 factores indica que entre: o factor “maturidade, actividade e afectividade” e o “incompetência relacional e cognitiva” as médias são estatisticamente similares ($t=-1,893$; $p=0,0591$); o factor “maturidade, actividade e afectividade” e o “dependência, tristeza e antiquado” as médias são diferentes numa perspectiva estatística ($t=-33,633$; $p\leq 0,01$); o factor “incompetência relacional e cognitiva” e o “dependência, tristeza e antiquado” as médias são diferentes numa perspectiva estatística ($t=-25,545$; $p\leq 0,01$);

Assim, os dados indicam que as imagens da amostra global incluem que a velhice é um período caracterizado moderadamente por “maturidade, actividade e afectividade” e “incompetência relacional e cognitiva” e que os inquiridos tendem a discordar da associação à imagem de “dependência, tristeza e antiquado”.

As correlações entre os três factores na amostra global indica que: “dependência, tristeza e antiquado” e “incompetência relacional e cognitiva” se correlacionam de forma significativa e positiva ($r=0,454$; $p\leq 0,01$), ou seja, as duas imagens de carácter negativo tendem a coexistir; “maturidade, actividade e afectividade” e “incompetência

relacional e cognitiva” correlacionam-se de modo significativo e negativo ($r=-0,306$; $p\leq 0,01$), ou seja, quando a imagem positiva aumenta, a negativa diminui e vice-versa; “maturidade, actividade e afectividade” e “dependência, tristeza e antiquado” apresentam uma correlação não significativa ($r=-0,055$).

Passando, agora, à análise de cada uma das subamostras pode observar-se que: o factor “dependência, tristeza e antiquado” é aquele que apresenta média inferior em todas as subamostras e amostra global; o factor “incompetência relacional e cognitiva” é o segundo com média superior na amostra global e enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social, e aquele com média inferior nos engenheiros; o factor “incompetência relacional e cognitiva” é o que tem a média inferior na amostra global, enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social.

Pode, ainda, verificar-se que enfermeiros e médicos e enfermeiros e técnicos de serviço social, apresentam distribuições idênticas pelos factores, ou seja, os dados sugerem que têm imagens idênticas da velhice e do envelhecimento. Os médicos e os técnicos de serviço social têm médias idênticas nos factores “maturidade, actividade e afectividade” e “dependência, tristeza e antiquado”; mas diferentes no factor “incompetência relacional e cognitiva”, em que os técnicos de serviço social apresentam uma média significativamente mais baixa do que os médicos.

Os engenheiros apresentam médias idênticas aos outros profissionais no factor “maturidade, actividade e afectividade”. Mas diferenciam-se de todos os outros profissionais no factor “dependência, tristeza e antiquado”, pois apresentam uma média significativamente mais elevada. E, diferenciam-se em relação aos enfermeiros e aos técnicos de serviço social no factor “incompetência relacional e cognitiva”, pois apresentam uma média significativamente mais elevada.

Quadro 36. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): amostra e subamostras

Profissões	Factores		
	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Enfermeiros			
N	60	60	60
Média	1,88	3,21	3,36
Desvio Padrão	0,52	0,75	0,51
Mínimo	1	1	2
Máximo	3,50	4,25	4,33
Médicos			
N	60	60	60
Média	1,91	3,37	3,41
Desvio Padrão	0,46	0,64	0,49
Mínimo	1	1	2,33
Máximo	3,17	4,25	5
Técnicos de serviço social			
N	60	60	60
Média	1,84	3,08	3,41
Desvio Padrão	0,47	0,64	0,50
Mínimo	1	1,50	1,83
Máximo	2,67	4,25	4,67
Engenheiros			
N	59	60	60
Média	2,07	3,46	3,33
Desvio Padrão	0,45	0,58	0,36
Mínimo	1,08	2	2,67
Máximo	2,92	4,75	4,17
Total			
N	239	240	240
Média	1,92	3,28	3,38
Desvio Padrão	0,48	0,67	0,47
Mínimo	1	1	1,83
Máximo	3,50	4,75	5

Enfermeiros vs engenheiros existem diferenças estatisticamente significativas nos factores: F1 ($t=0,979$; $p=0,0413$), F2 ($t=0,981$; $p=0,0369$); não existem diferenças significativas em F3 ($t=0,3148$; $p=0,6296$).

Enfermeiros vs médicos as distribuições são iguais em F1 ($t=-0,335$; $p=0,7387$), F2 ($t=-1,287$; $p=0,2016$); F3 ($t=-0,548$; $p=0,5847$).

Nos enfermeiros e técnicos de serviço social as distribuições são iguais: F1 ($t=0,442$; $p=0,659$); F2 ($t=1,021$; $p=0,3096$); F3 ($t=-0,542$; $p=0,5886$).

Médicos vs técnicos de serviço social não há diferenças estatisticamente significativas em F1 ($t=0,774$; $p=0,4404$), F3 ($t=0$; $p=1$); no F2 existem diferenças estatísticas significativas ($t=2,463$; $p=0,0152$).

Médicos vs engenheiros as distribuições são iguais em F2 ($t=-1,918$; $p=0,0575$); F3 ($t=1,019$; $p=0,311$); há diferenças estatisticamente significativas em F1 ($t=-1,918$; $p=0,0575$).

Engenheiros vs técnicos de serviço social existem diferenças estatisticamente significativas em F1 ($t=2,727$; $p=0,0074$), F2 ($t=3,408$; $p=0,0009$); não diferenças estatisticamente significativas em F3 ($t=-0,629$; $p=0,5294$).

Passamos a analisar os resultados da amostra global pelos grupos etários (quadro 37) na escala ImAge. Os dois grupos etários seguem a tendência global da amostra, em que o factor com média superior é “maturidade, actividade e afectividade”, seguindo-se de perto “dependência, tristeza e antiquado” e, por último, “incompetência relacional e cognitiva”. Nos factores “maturidade, actividade e afectividade” e “incompetência relacional e cognitiva” não há diferenças significativas entre os dois grupos etários. Mas no factor “dependência, tristeza e antiquado” é grupo com idade superior apresenta uma média estatisticamente superior, ou seja, esta imagem toma mais relevo entre os inquiridos com idade igual ou superior aos 45 anos.

Quadro 37. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): grupos etários

Idade dos profissionais	Factores		
	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Até 44 anos			
N	120	120	120
Média	1,85	3,31	3,41
Desvio Padrão	0,47	0,67	0,43
Mínimo	1	1	2,50
Máximo	3,50	4,75	4,67
≥ 45 Anos			
N	119	120	120
Média	2,00	3,25	3,35
Desvio Padrão	0,48	0,67	0,50
Mínimo	1	1	1,83
Máximo	3,17	4,75	5

Há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos etários no F1 ($t=0,9917$; $p=0,0166$)

Não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários nos F2 ($t=0,2095$, $p=0,2095$); F3

Em seguida, apresentam-se os resultados na escala ImAge para a amostra global considerando o sexo dos inquiridos (quadro 38). Os profissionais de ambos os sexos seguem a organização de imagens já descrita para a idade: média mais elevada no factor “maturidade, actividade e afectividade”, segue-se de perto “incompetência relacional e cognitiva” e por fim, com uma média mais baixa, “dependência, tristeza e antiquado”.

Não emergem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos nos diversos factores, sendo as médias muito próximas. Assim, o sexo dos inquiridos parece não influenciar as imagens que têm da velhice e envelhecimento.

Quadro 38. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): sexo

Sexo	Factores		
	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Feminino			
N	150	150	150
Média	1,90	3,31	3,38
Desvio Padrão	0,47	0,61	0,45
Mínimo	1	1,5	1,83
Máximo	3,5	4,75	4,67
Masculino			
N	89	90	90
Média	1,96	3,24	3,3
Desvio Padrão	0,50	0,75	0,49
Mínimo	1	1	2
Máximo	2,92	4,25	5

Não há diferenças estatisticamente significativas entres os sexos e os factores: F1 ($t = -0,917$; $p = 0,3603$); F2 ($t = 0,749$; $p = 0,4559$); F3 ($t = -0,158$; $p = 0,8749$).

No quadro 39 pode observar-se os resultados na escala de acordo com a zona de residência dos inquiridos para a amostra global. As médias dos factores mostram a mesma relevância dos factores que se observou para os grupos etários e sexo. Não existem diferenças significativas entre as médias nos factores para aqueles que residem em zona rural e urbana, pelo que esta variável parece não influenciar as imagens.

Quadro 39. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): zona de residência

Residência dos profissionais	Factores		
	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Rural			
N	66	67	67
Média	1,92	3,26	3,43
Desvio Padrão	0,51	0,73	0,46
Mínimo	1	1,5	2,17
Máximo	2,92	4,75	4,67
Urbana			
N	173	173	173
Média	1,92	3,29	3,36
Desvio Padrão	0,47	0,65	0,47
Mínimo	1	1	1,83
Máximo	3,5	4,25	5

Não existem diferenças significativas entre os factores: F1 ($t = 0$; $p = 1$); F2 ($t = -0,294$; $p = 0,769$); F3 ($t = 1,051$; $p = 0,2962$).

No quadro 40 apresentam-se as médias dos factores da escala segundo os inquiridos têm ou não experiência profissional com idosos. Mantêm-se a tendência geral da amostra em todos os factores. E não há diferenças estatisticamente significativas, pelo que a experiência de trabalho com idosos parece não afectar as imagens da velhice.

Quadro 40. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): experiência de trabalho com idosos

Experiência trabalho com idosos	Factores		
	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Não			
N	106	107	107
Média	1,93	3,34	3,40
Desvio Padrão	0,46	0,65	0,43
Mínimo	1	1	2,67
Máximo	2,92	4,75	5
Sim			
N	133	133	133
Média	1,92	3,23	3,37
Desvio Padrão	0,50	0,68	0,49
Mínimo	1	1,5	1,83
Máximo	3,5	4,5	4,67

Não há diferenças estatisticamente significativas entre os factores: F1 ($t= 0,1611$; $p= 0,8726$); F2 ($t= 1,277$; $p= 0,2031$); F3 ($t= 0,505$; $p= 0,6144$).

Em relação a experiência profissional actual com idosos os resultados indicam a mesma tendência que mostraram com as outras variáveis sem que existam diferenças significativas (quadro 41).

Quadro 41. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): experiência actual de trabalho com idosos

Experiência actual com idosos	Factores		
	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Não			
N	168	169	169
Média	1,96	3,31	3,37
Desvio Padrão	0,46	0,66	0,43
Mínimo	1	1	2
Máximo	3,5	4,75	5
Sim			
N	71	71	71
Média	1,84	3,22	3,40
Desvio Padrão	0,52	0,68	0,54
Mínimo	1	1,5	1,83
Máximo	3,17	4,25	4,67

Os profissionais com (in)existência de experiência actual com idosos têm distribuições iguais em: F1 ($t=0,0485$; $p=0,0971$); F2 ($t=0,1489$; $p=0,2978$); F3 ($t=0,6085$; $p=0,783$).

As correlações entre os factores e a idade, anos de experiência profissional e anos de experiência profissional com idosos, para a amostra global indicam que: uma correlação positiva modesta, mas significativa entre a idade e o factor “dependência, tristeza e antiquado”; e uma correlação positiva modesta, mas significativa entre os anos de experiência profissional e o factor “dependência, tristeza e antiquado”. Estes dados estão interligados, pois quem tem mais idade normalmente tem mais anos de experiência profissional. As outras correlações são baixas e não significativas (quadro 42).

Quadro 42. Correlações: factores da escala ImAge e idade, anos de experiência profissional e anos de experiência profissional com idosos

	Factores		
	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Idade			
Correlação de Pearson	0,212**	0,12	-0,052
Significância (p)	0,001	0,858	0,425
Anos de experiência profissional			
Correlação de Pearson	0,202**	0,016	-0,066
Significância (p)	0,002	0,809	0,306
Anos de experiência profissional com idosos			
Correlação de Pearson	0,074	0,060	-0,055
Significância (p)	0,252	0,353	0,398
N	239	240	240

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

3. IMAGENS DA VELHICE E ENVELHECIMENTO: ENFERMEIROS

Começamos por analisar os factores da Escala ImAges na sub-amostra dos enfermeiros (quadro 43). O factor “maturidade, actividade e afectividade” apresenta a em média superior (3,36), situando entre respostas de “nem concordo, nem discordo” e “concordo”. O factor “incompetência relacional e cognitiva” surge com a média seguinte e estatisticamente idêntica à anterior (3,21). Com a média mais baixa encontra-se o factor “dependência, tristeza e antiquado” (1,88). A média nesta factor é significativamente mais baixa que as anteriores, situando em respostas que traduzem (muita) discordância.

Os enfermeiros têm tendência a formarem imagens que comportam aspectos positivos e negativos: por um lado, consideram a maturidade e actividade e, por outro, a incompetência relacional e cognitiva. Estas imagens parecem algo contraditórias, pois se uma pessoa é madura, activa e afectiva, em princípio teria mais competências relacionais e cognitivas.

A imagem de “dependência, tristeza e antiquado” tende a ser rejeitada pelos enfermeiros.

Quadro 43. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): enfermeiros

Factores (N=60)	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
F1 – Dependência, tristeza e antiquado	1,88	0,52	1	3,50
F2 – Incompetência relacional e cognitiva	3,21	0,75	1	4,25
F3 – Maturidade, actividade e afectividade	3,36	0,51	2	4,33

Há diferenças significativas entre: F1 vs F2 ($t = -11,280$; $p = 0$); F1 vs F3 ($t = -14,144$; $p = 0$).

Não há diferenças significativas entre: F2 vs F3 ($t = -1,281$; $p = 0,2029$).

Em seguida comparação as imagens dos enfermeiros segundo o sexo (quadro 44). Em geral, os enfermeiros de ambos os sexos apresentam médias superiores e próximas nos factores “maturidade, actividade e afectividade” e “incompetência relacional e cognitiva”. O factor “dependência, tristeza e antiquado” apresenta uma média significativamente inferior.

No entanto, há ligeiras tendências a comentar. Os enfermeiros do sexo masculino apresentam uma média ligeiramente superior (estatisticamente não

significativa), em relação aos do sexo feminino, no factor “maturidade, actividade e afectividade”. E, os do sexo feminino apresentam uma média ligeiramente mais elevada no factor “dependência, tristeza e antiquado”.

Pode-se sugerir uma ligeira tendência das enfermeiras para imagens um pouco mais negativas.

Quadro 44. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): enfermeiros *versus* sexo

Sexo	F1- Dependência, tristeza e antiquado	F2- Incompetência relacional e cognitiva	F3- Maturidade, actividade e afectividade
Feminino (N= 30)			
Média	1,95	3,24	3,28
Desvio Padrão	0,52	0,59	0,46
Mínimo	1,08	2,25	2,67
Máximo	2,75	4,75	3,83
Masculino (N= 30)			
Média	1,88	3,19	3,45
Desvio Padrão	0,53	0,88	0,55
Mínimo	1,42	2,00	2,67
Máximo	2,92	4,00	4,17

Não diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros de ambos os sexos: F1 ($t= 1,033$; $p= 0,3059$); F2 ($t= 0,258$; $p= 0,7984$); F3 ($t= - 1,299$; $p= 0,2003$).

A distribuição dos factores da Escala ImAges nos enfermeiros de acordo com o grupo etário (quadro 45) indica que não há diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos factores. Além disso, mantém-se a tendência geral: predomínio das imagens de “maturidade, actividade e afectividade” e “incompetência relacional e cognitiva”; e discordância em relação à imagem de “dependência, tristeza e antiquado”.

Podem observar-se ligeiras tendências: o grupo etário mais novo apresenta uma média ligeiramente mais baixa no factor “dependência, tristeza e antiquado”, o grupo etário mais velho tem uma média ligeiramente mais elevada no factor “maturidade, actividade e afectividade”.

Quadro 45. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): enfermeiros versus grupos etários

Idade	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Até os 44 anos (N= 30)			
Média	1,82	3,21	3,43
Desvio Padrão	0,56	0,83	0,41
Mínimo	1,08	2,00	2,83
Máximo	2,92	4,75	4,17
≥ 45 anos (N= 30)			
Média	1,94	3,21	3,30
Desvio Padrão	0,49	0,67	0,59
Mínimo	1,33	2,25	2,67
Máximo	2,92	4,75	3,83

Os dois grupos etários não apresentam diferenças estatisticamente significativas: F1 ($t = -0,883$; $p = 0,3808$); F2 ($t = 0$; $p = 1$); F3 ($t = 0,991$; $p = 0,3249$).

De seguida vamos analisar os factores da Escala ImAges considerando o sexo e grupo etário dos enfermeiros (quadro 46). Mantêm a tendência geral dos factores: “maturidade, afectividade e actividade” e “incompetência relacional e afectiva” apresentam as médias superiores e próximas; e “dependência, tristeza e antiquado” tem a média mais baixa”. Esta tendência é estatisticamente similar para os vários subgrupos.

Quadro 46. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): enfermeiros versus grupos etários e sexo

Idade/sexo	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
A. Sexo feminino, até os 44 anos			
Média	1,89	3,20	3,34
Desvio Padrão	0,61	0,73	0,35
Mínimo	1,08	1,50	2,50
Máximo	3,50	4,25	3,83
B. Sexo masculino, até os 44 anos			
Média	1,75	3,23	3,53
Desvio Padrão	0,52	0,94	0,45
Mínimo	1	1	2,67
Máximo	2,83	4,25	4,17
C. Sexo feminino, ≥ 45 anos			
Média	1,87	3,15	3,36
Desvio Padrão	0,55	0,85	0,63
Mínimo	1	1,75	2
Máximo	2,50	4,25	4,33
D. Sexo masculino, ≥ 45 anos			
Média	2,01	3,28	3,23
Desvio Padrão	0,42	0,44	0,56
Mínimo	1,33	2,25	2
Máximo	2,67	4	4

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros mais novos e mais velhos em ambos os sexos. Os grupos: i) A vs B, F1 ($t=0,676$; $p=0,4991$); F2 ($t=-0,098$; $p=0,9235$); F3 ($t=-1,291$; $p=0,2115$); ii) A vs C, F1 ($t=0,094$; $p=0,9251$); F2 ($t=0,173$; $p=0,8625$); F3 ($t=-0,107$; $p=0,9152$); iii) A vs D, F1 ($t=-0,628$; $p=0,5347$); F2 ($t=-0,364$; $p=0,7195$); F3 ($t=0,645$; $p=0,5205$); iv) B vs C, F1 ($t=-0,614$; $p=0,5435$); F2 ($t=0,244$; $p=0,8077$); F3 ($t=0,85$; $p=0,3968$); v) B vs D, F1 ($t=-1,506$; $p=0,1422$); F2 ($t=-0,187$; $p=0,8533$); F3 ($t=1,617$; $p=0,123$); vi) C vs D, F1 ($t=-0,784$; $p=0,442$); F2 ($t=-0,526$; $p=0,6044$); F3 ($t=0,597$; $p=0,5524$).

Em relação a área de residência dos enfermeiros (quadro 47) verifica-se que os residentes em zonas urbanas e rurais apresentam médias idênticas nos factores.

Os enfermeiros da zona urbana obtêm uma média de 3,41 no factor “maturidade, actividade e afectividade” (ligeiramente superior aos residentes em área rural), situando-se entre o “não concordo, nem discordo” e o “concordo”. Os enfermeiros da área rural têm em média de 1,94 (ligeiramente mais elevada do que entre os residentes em área urbana) para o factor 1 “dependência, tristeza e antiquado”, representando respostas de “discordo” ou “discordo muito”. Há uma tendência muito ligeira para os enfermeiros

residentes em zona urbana, salientarem a imagem positiva e os residentes em área rural salientarem a negativa.

Quadro 47. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): enfermeiros *versus* zona de residência

Área de Residência	F1-Dependência, tristeza e antiquado	F2-Incompetência relacional e cognitiva	F3-Maturidade, actividade e afectividade
Rural (N=24)			
Média	1,94	3,30	3,31
Desvio Padrão	0,55	0,73	0,50
Mínimo	1	1,50	2,17
Máximo	2,67	4,25	4,17
Urbana (N=36)			
Média	1,84	3,21	3,41
Desvio Padrão	0,51	0,75	0,52
Mínimo	1	1	2
Máximo	3,50	4,25	4,33

Não existem diferenças estatisticamente significativas nos enfermeiros residentes em zonas urbanas e rurais: F1 ($t=0,73$; $p=0,4669$); F2 ($t=0,78$; $p=0,4384$); F3 ($t=-0,835$; $p=0,4067$).

Em seguida apresentam-se os resultados na escala consoante os enfermeiros têm ou não experiência de trabalho com idosos (quadro 48).

Os enfermeiros com e sem experiência profissional com idosos apresentam médias estatisticamente idênticas nos factores. Mantêm a tendência geral: “maturidade, afectividade e actividade” e “incompetência relacional e afectiva” apresentam médias superiores e próximas; e “dependência, tristeza e antiquado” tem a média mais baixa”.

Ao nível das tendências, ainda que muito ligeiras, observa-se que os enfermeiros sem experiência de trabalho com idosos (apenas 20%), apresentam uma média ligeiramente superior no factor “maturidade, actividade e afectividade”.

Quadro 48. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): enfermeiros *versus* experiência de trabalho com idosos

Experiência profissional com idosos	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Não (N=12)			
Média	1,87	3,14	3,51
Desvio Padrão	0,41	0,80	0,39
Mínimo	1,33	1	2,83
Máximo	2,58	4,25	4
Sim (N= 48)			
Média	1,88	3,23	3,33
Desvio Padrão	0,55	0,74	0,53
Mínimo	1	1,50	2
Máximo	3,5	4,25	4,33

Não há diferenças estatisticamente significativas: F1 (t= - 0,07; p= 0,9448); F2 (t= -0,354; p=0,7285); F3 (t= 1,322; p= 0,2034).

Quanto a experiência actual de trabalho com idosos (quadro 49), verifica-se a inexistência de diferenças significativas e a tendência geral de médias nos factores.

As tendências, ligeiras, a reter são: os enfermeiros sem experiência de trabalho actual com idosos apresentam em todos os factores médias ligeiramente superiores ao outro grupo; essa tendência é superior no factor “dependência, tristeza e antiquado”.

Quadro 49. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): enfermeiros *versus* experiência de actual trabalho com idosos

Experiência de trabalho actual com idosos	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Não (N=38)			
Média	1,98	3,23	3,40
Desvio Padrão	0,50	0,73	0,44
Mínimo	1	1	2
Máximo	3,50	4,25	4
Sim (N= 22)			
Média	1,72	3,18	3,31
Desvio Padrão	0,54	0,79	0,62
Mínimo	1	1,50	2
Máximo	2,83	4	4,33

Não há diferenças estatisticamente significativas: F1 (t= 1,846; p= 0,06595); F2 (t= 0,243; p=0,8098); F3 (t= 0, 599; p= 0,5497).

Em relação à idade, anos de experiência na profissão e a experiência profissional com idosos dos enfermeiros calcularam-se as correlações com os factores da Escala ImAges (quadro 50). Os dados revelam correlações positivas e significativas, embora modestas, entre: anos de experiência profissional e “dependência, tristeza e antiquado” (à medida que aumentam os anos de experiência profissional, a média neste factor eleva-se); anos de experiência profissional com idosos e “incompetência relacional e cognitiva” (quanto mais anos de experiência profissional com idosos, mais a média neste factor aumenta). Ou seja, os factores associados a imagens mais negativas tendem a ser superiores à medida que aumentam os anos de profissão e os anos de experiência profissional com idosos.

Quadro 50. Correlações: factores da ImAge e idade, anos de profissão e anos de experiência com idosos

Enfermeiros (N=60)	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Média etária			
Correlação de Pearson	0,211	0,049	- 0,031
Significância (p)	0,105	0,711	0,815
Anos de profissão			
Correlação de Pearson	0,260*	0,101	0,002
Significância (p)	0,045	0,443	0,987
Anos de experiência profissional com idosos			
Correlação de Pearson	0,126	0,254*	- 0,244
Significância (p)	0,339	0,050	0,060

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

4. IMAGENS DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO: MÉDICOS

Começamos por analisar os factores da Escala ImAges na subamostra dos médicos (quadro 51).

O factor “maturidade, actividade e afectividade” apresenta a média superior (3,41), seguido do factor “incompetência relacional e cognitiva”, com uma média próxima (3,37). O factor “dependência, tristeza e antiquado” tem a média mais baixa (1,91). Esta tendência é idêntica à dos enfermeiros e da amostra global.

O factor “dependência, tristeza e antiquado” tem uma média significativamente mais baixa que os outros dois factores, os quais apresentam médias estatisticamente similares.

Quadro 51. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): médicos

Factores (N=60)	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
F1 – Dependência, tristeza e antiquado	1,91	0,46	1	3,17
F2 – Incompetência relacional e cognitiva	3,37	0,64	1	4,25
F3 – Maturidade, actividade e afectividade	3,41	0,49	2,33	5

Há diferenças estatisticamente significativas entre: F1 e F2 ($t = -14,349$; $p = 0$); F1 e F3 ($t = -17,288$; $p = 0$).

Não há diferenças estatisticamente significativas entre: F2 e F3 ($t = -0,384$; $p = 0,702$).

A comparação das médias nos factores considerando o sexo (quadro 52) revela, em ambos os sexos, a tendência global de médias superiores nos factores “maturidade, actividade e afectividade” e “incompetência relacional e cognitiva”; e médias inferiores no factor “dependência, tristeza e antiquado”.

Contudo, aqui emerge uma diferença significativa: no factor “incompetência relacional e cognitiva” as mulheres apresentam uma média superior, indicando que têm mais esta imagem do que os homens.

Quadro 52. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): médicos *versus* sexo

Sexo	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Feminino (N= 30)			
Média	1,90	3,54	3,43
Desvio Padrão	0,43	0,41	0,45
Mínimo	1,17	2,75	2,50
Máximo	3,17	4,25	4,33
Masculino (N= 30)			
Média	1,92	3,21	3,40
Desvio Padrão	0,50	0,79	0,53
Mínimo	1,00	1,00	2,33
Máximo	2,83	4,25	5,00

Não há diferenças significativas em: F1 ($t = -0,166$; $p = 0,8695$); F3 ($t = 0,236$; $p = 0,8149$).

Há diferenças estatisticamente significativas em: F2 ($t = 2,031$; $p = 0,0473$).

A comparação das médias nos factores da escala pelos grupos etários dos médicos (quadro 53), indica mais uma vez a mesma organização dos factores. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos etários para cada um dos factores. Contudo podem indicar-se algumas tendências muito ligeiras: o grupo etário mais velho apresenta médias ligeiramente superiores em dois factores “dependência, tristeza e antiquado” e “maturidade, actividade e afectividade”; o grupo etário mais novo apresenta média superior no factor “incompetência relacional e cognitiva”.

Quadro 53. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): médicos *versus* grupos etários

Idade	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Até aos 44 anos (N= 30)			
Média	1,84	3,47	3,39
Desvio Padrão	0,39	0,50	0,46
Mínimo	1	2,25	2,50
Máximo	2,50	4,25	4,33
≥ 45 anos (N= 30)			
Média	1,98	3,28	3,44
Desvio Padrão	0,52	0,76	0,52
Mínimo	1	1	2,33
Máximo	3,17	4,25	5

Não diferenças estatisticamente significativas: F1 ($t = -1,18$; $p = 0,2424$); F2 ($t = 1,144$; $p = 0,2588$); F3 ($t = -0,394$; $p = 0,6951$).

De seguida vamos analisar os factores da Escala ImAges considerando os grupos etários e sexo dos médicos inquiridos (quadro 54). Mantêm a tendência geral dos factores, uma distribuição estatisticamente similar. Não existem médias estatisticamente diferentes, pelo que os diversos factores apresentam médias idênticas nos vários grupos.

Salientam-se algumas tendências ligeiras: as médicas do grupo etário mais novo apresentam as médias superiores no factor “incompetência relacional e cognitiva”; os médicos do grupo etário mais velho apresentam a média superior no factor “dependência, tristeza e antiquado”

Quadro 54. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): médicos *versus* grupos etários e sexo

Idade/sexo	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
E. Sexo feminino, até os 44 anos			
Média	1,85	3,55	3,40
Desvio Padrão	0,35	0,35	0,47
Mínimo	1,17	3	2,50
Máximo	2,33	4	4,33
F. Sexo masculino, até os 44 anos			
Média	1,83	3,40	3,38
Desvio Padrão	0,44	0,62	0,46
Mínimo	1	2,25	2,83
Máximo	2,50	4,25	4,33
G. Sexo feminino, ≥ 45 anos			
Média	1,95	3,53	3,47
Desvio Padrão	0,51	0,48	0,44
Mínimo	1,33	2,75	2,83
Máximo	3,17	4,25	4,33
H. Sexo masculino, ≥ 45 anos			
Média	2,01	3,03	3,41
Desvio Padrão	0,55	0,91	0,61
Mínimo	1	1	2,33
Máximo	2,83	4,25	5

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre: i) E vs F, F1 ($t=0,138$; $p=0,8928$); F2 ($t=0,816$; $p=0,4243$); F3 ($t=0,118$; $p=0,9071$); ii) E vs G, F1 ($t=-0,626$; $p=0,5437$); F2 ($t=0,13$; $p=0,8965$); F3 ($t=-0,421$; $p=0,6762$); iii) E vs H, F1 ($t=-0,951$; $p=0,3487$); F2 ($t=2,066$; $p=0,0539$); F3 ($t=-0,05$; $p=0,0605$); iv) F vs G com F1 ($t=-0,69$; $p=0,4913$); F2 ($t=-0,642$; $p=0,5291$); F3 ($t=-0,548$; $p=0,5879$); v) F vs H, F1 ($t=-0,99$; $p=0,3378$); F2 ($t=1,301$; $p=0,2117$); F3 ($t=-0,151$; $p=0,8819$); vi) G vs H, F1 ($t=-0,31$; $p=0,7583$); F2 ($t=1,882$; $p=0,0684$); F3 ($t=0,309$; $p=0,7574$).

A análise das médias nos factores considerando a zona de residência dos médicos (quadro 55) revela a inexistência de diferenças estatísticas nos factores segundo as áreas rural e urbana. No entanto, podem-se observar algumas tendências ligeiras: os residentes em zona rural (11,7%) apresentam uma média ligeiramente superior no factor “maturidade, actividade e afectividade”; os residentes em zona urbana apresentam uma média ligeiramente superior no factor “incompetência relacional e cognitiva”.

Quadro 55. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): médicos *versus* zona de residência

Área de Residência	F1-Dependência, tristeza e antiquado	F2-Incompetência relacional e cognitiva	F3-Maturidade, actividade e afectividade
Rural (N=7)			
Média	1,95	3,25	3,54
Desvio Padrão	0,48	0,55	0,24
Mínimo	1,25	2,25	3
Máximo	2,50	3,75	3,67
Urbana (N=53)			
Média	1,90	3,39	3,40
Desvio Padrão	0,46	0,66	0,51
Mínimo	1	1	2,33
Máximo	3,17	4,25	5

Não existem diferenças estatisticamente significativas: F1 ($t= 0,26$; $p= 0,7953$); F2 ($t=-0,617$; $p= 0,565$); F3 ($t= 1,222$; $p= 0,2529$).

Analisa-se, agora, as médias em cada factor segundo a existência ou não de experiência profissional com idosos (quadro 56).

Emergem duas diferenças significativas: aqueles que não têm experiência de trabalho com idosos têm uma média significativamente superior nos factores “dependência, tristeza e antiquado” e “maturidade, actividade e afectividade”. No factor “incompetência relacional e cognitiva” as diferenças não são estatisticamente significativas, mas a média é ligeiramente superior naqueles com experiência profissional com idosos.

A experiência profissional com idosos parece influenciar as imagens que os médicos têm da velhice e do envelhecimento. Os dados sugerem que essa experiência diminui a imagem de maturidade e acentua a de dependência, ou seja, acentua imagens

negativas. Contudo, deve ter-se em conta que, em geral, as pessoas vão ao médico “quando estão doentes” e, por isso, os médicos podem ter uma visão da velhice mais incidente nos idosos com envelhecimento patológico.

Quadro 56. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): médicos *versus* experiência de trabalho com idosos

Experiência de trabalho com idosos	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Não (N=19)			
Média	1,72	3,32	3,62
Desvio Padrão	0,40	0,72	0,50
Mínimo	1	1	3
Máximo	2,33	4	5
Sim (N= 41)			
Média	2	3,40	3,32
Desvio Padrão	0,47	0,61	0,46
Mínimo	1	1,75	2,33
Máximo	3,17	4,25	4,33

Há diferenças estatisticamente significativas em: F1 ($t = -2,383$; $p = 0,0217$) e F3 ($t = 2,217$; $p = 0,0355$).

Não há diferenças estatisticamente significativa em: F2 ($t = -0,42$; $p = 0,6801$).

Quanto à experiência actual de trabalho com idosos (quadro 57), verifica-se que os médicos com e sem experiência actual com idosos não apresentam médias significativamente diferentes nos factores. As tendências indicam que os médicos que trabalham actualmente com idosos apresentam médias ligeiramente superiores, em relação aos que não trabalham actualmente com idoso, em todos os factores. Parecem ter imagens um pouco menos moderadas do que o outro grupo.

Quadro 57. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge): médicos *versus* experiência actual de trabalho com idosos

Experiência de trabalho actual com idosos	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Não (N=38)			
Média	1,85	3,28	3,39
Desvio Padrão	0,41	0,65	0,49
Mínimo	1	1	2,33
Máximo	2,58	4,25	5
Sim (N= 22)			
Média	2	3,53	3,46
Desvio Padrão	0,53	0,61	0,48
Mínimo	1,17	1,75	2,67
Máximo	3,17	4,25	4,33

Não há diferenças estatisticamente significativas: F1 ($t = -1,144$; $p = 0,2578$); F2 ($t = -1,493$; $p = 0,1436$); F3 ($t = -0,54$; $p = 0,5949$).

Em relação à média etária, anos de experiência na profissão e a experiência profissional com idosos dos médicos em relação aos factores da Escala ImAges (quadro 58), não existem correlações significativas.

Quadro 58. Correlações: factores da ImAge e idade, anos de profissão e anos de profissional com idosos

Médicos (N=60)	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Média etária			
Correlação de Pearson	0,183	- 0,091	- 0,003
Significância (p)	0,162	0,490	0,983
Anos de profissão			
Correlação de Pearson	0,208	-0,080	-0,026
Significância (p)	0,111	0,541	0,845
Anos de experiência com idosos			
Correlação de Pearson	0,246	0,155	- 0,112
Significância (p)	0,058	0,238	0,393

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

5. IMAGENS DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO: TÉCNICAS DE SERVIÇO SOCIAL

Começamos por analisar os factores da Escala ImAges na sub-amostra das técnicas de serviço social (quadro 59). Os dados são similares às anteriores subamostras: o factor “maturidade, actividade e afectividade” tem a média superior (3,41), segue-se o factor “incompetência relacional e cognitiva” (3,08); e, o factor “dependência, tristeza e afectividade” (1,84). Os factores “maturidade, actividade e afectividade” e “incompetência relacional e cognitiva” apresentam médias estatisticamente similares, embora nesta subamostra a distância nas médias destes factores seja ligeiramente superior em relação ao que ocorre nos enfermeiros e médicos.

O factor “dependência, tristeza e afectividade” tem uma média significativamente inferior aos outros dois factores

Quadro 59. Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAges): técnicas de serviço social

Factores (N=60)	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
F1 – Dependência, tristeza e antiquado	1,84	0,47	1	2,67
F2 – Incompetência relacional e cognitiva	3,08	0,64	1,50	4,25
F3 – Maturidade, actividade e afectividade	3,41	0,50	1,83	4,33

Não há diferenças estatisticamente significativas entre: F1 e F2 ($t = -12,291$; $p = 0$); F1 e F3 ($t = -17,948$; $p = 0$).

Há diferenças estatisticamente significativas entre: F2 e F3 ($t = -3,147$; $p = 0,0021$).

Como foi excluída a amostra os técnicos de serviço do sexo masculino, nesta profissão em estudo, não fazemos a caracterização da amostra segundo a variável sexo.

De seguida caracterizamos a distribuição dos factores da Escala ImAge segundo os grupos etários (quadro 60). As técnicas de serviço social do grupo etário até aos 44 anos apresentam uma média significativamente superior ao outro grupo no factor “dependência, tristeza e antiquado”. Nos outros factores as médias são similares.

Quadro 60. Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAges): técnicas de serviço social versus grupos etários

Idade	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Até aos 44 anos (N= 30)			
Média	1,71	3,06	3,41
Desvio Padrão	0,43	0,67	0,50
Mínimo	1,08	1,75	2,67
Máximo	2,50	4,25	4,67
≥ 45 anos (N= 30)			
Média	1,96	3,10	3,42
Desvio Padrão	0,48	0,62	0,51
Mínimo	1	1,50	1,83
Máximo	2,67	4,25	4,50

Não há diferenças estatisticamente em: F2 ($t = -0,24$; $p = 0,8106$); F3 ($t = -0,077$; $p = 0,9391$).

Há diferenças estatisticamente significativas em: F1 ($t = -2,125$; $p = 0,0368$).

Em relação a área de residência das técnicas de serviço social, os factores apresentam médias similares (quadro 61). As tendências indicam que as técnicas de serviço social residentes em zona urbana apresentam médias ligeiramente superiores nos factores “dependência, tristeza e antiquado” e “incompetência relacional e cognitiva”, ou seja, médias superiores nos factores indicativos de imagens mais negativas. As residentes em zona rural apresentam uma média ligeiramente superior no factor “maturidade, actividade e afectividade”, aquele de cariz mais positivo.

Quadro 61. Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAges): técnicas de serviço social versus zona de residência

Área de Residência	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Rural (N=18)			
Média	1,69	2,86	3,60
Desvio Padrão	0,47	0,60	0,51
Mínimo	1,08	1,75	2,67
Máximo	2,50	3,75	4,67
Urbana (N=42)			
Média	1,90	3,17	3,34
Desvio Padrão	0,46	0,63	0,48
Mínimo	1	1,50	1,83
Máximo	2,67	4,25	4,50

Não existem diferenças estatisticamente significativas: F1 ($t = -1,482$; $p = 0,1469$); F2 ($t = -1,806$; $p = 0,0786$); F3 ($t = 1,841$; $p = 0,0779$).

Em seguida apresenta-se a distribuição dos factores da escala Images e (in)existência de experiência de trabalho com idosos (quadro 62). Não existem diferenças significativas em nenhum factor. As tendências indicam que as técnicas de serviço social com experiência profissional com idosos apresentam uma média ligeiramente superior em “maturidade, actividade e afectividade” e uma média ligeiramente inferior em “incompetência relacional e cognitiva”. Tal pode indiciar que a experiência profissional com idosos tende a esbater as imagens mais negativas e acentuar as mais positivas.

Quadro 62. Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAge): técnicas de serviço social *versus* experiência de trabalho com idosos

Experiência de trabalho com idosos	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Não (N=21)			
Média	1,81	3,23	3,34
Desvio Padrão	0,48	0,65	0,53
Mínimo	1	1,50	2,67
Máximo	2,58	4,25	4,67
Sim (N= 39)			
Média	1,85	3,00	3,45
Desvio Padrão	0,46	0,62	0,49
Mínimo	1	1,75	1,83
Máximo	2,67	4,25	4,67

Não há diferenças estatisticamente significativas: F1 ($t = -0,312$; $p = 0,7551$); F2 ($t = 1,328$; $p = 0,1884$); F3 ($t = -0,787$; $p = 0,4383$).

Quanto a experiência actual de trabalho com idosos (quadro 63), verifica-se a inexistência de diferenças estatísticas entre as médias de cada factor. As médias são sempre muito similares, o que torna irrelevante analisar tendências.

Quadro 63. Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAge): técnicas de serviço social *versus* experiência actual de trabalho com idosos

Experiência de trabalho actual com idosos	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Não (N=33)			
Média	1,87	3,13	3,40
Desvio Padrão	0,47	0,70	0,48
Mínimo	1	1,50	2,67
Máximo	2,67	4,25	4,67
Sim (N= 27)			
Média	1,80	3,01	3,43
Desvio Padrão	0,48	0,56	0,52
Mínimo	1,08	2	1,83
Máximo	2,67	4,25	4,67

Não há diferenças estatisticamente significativas: F1 (t= 0,567; p= 0,5735); F2 (t= 0,738; p=0,4636); F3 (t= - 0, 23; p= 0,8184).

Calcularam-se as correlações entre os factores e idade, anos de experiência na profissão e a experiência profissional com idosos (quadro 64). Existem correlações moderadas, positivas e significativas entre a idade e os anos de profissão e o factor “dependência, tristeza e antiquado”. Ou seja, à medida que a idade e os anos de experiência profissional das técnicas de serviço social aumenta (o que tende a ser concomitante), a média naquele factor também aumenta.

Quadro 64. Correlações: ImAges *versus* idade, anos de profissão e anos de trabalho com idosos das técnicas de serviço social

Técnicas de serviço social (N=60)	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Idade			
Correlação de Pearson	0,332**	0,079	- 0,050
Significância (p)	0,009	0,550	0,707
Anos de profissão			
Correlação de Pearson	0,304*	0,059	-0,071
Significância (p)	0,0018	0,652	0,589
Anos de experiência com idosos			
Correlação de Pearson	0,084	- 0,50	0,069
Significância (p)	0,0521	0,703	0,600

* p≤ 0,05; ** p≤ 0,01

6. IMAGENS DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO: ENGENHEIROS

A análise dos factores da escala ImAge na amostra dos engenheiros indica que (quadro 65): os factores “incompetência relacional e cognitiva” (3,46) e “maturidade, actividade e afectividade” (3,33), apresentam as médias superiores e estatisticamente similares, situando-se entre o “não concordo, nem discordo” e o “concordo”; o factor “dependência, tristeza e antiquado” (2,07) apresenta a média inferior (estatisticamente inferior aos factores anteriores).

Quadro 65. Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAge): engenheiros

Factores	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
F1 – Dependência, tristeza e antiquado (N=59)	2,07	0,45	1,08	2,92
F2 – Incompetência relacional e cognitiva (N=60)	3,46	0,58	2	4,75
F3 – Maturidade, actividade e afectividade (N=60)	3,33	0,36	2,67	4,17

Há diferenças estatisticamente significativas entre: F1 vs F2 ($t = -14,62$; $p = 0$); F1 vs F3 ($t = -16,849$; $p = 0$).

Não há diferenças estatisticamente significativas entre: F2 vs F3 ($t = 1,475$; $p = 0,1446$).

No quadro 66 apresentam-se as médias por factor segundo o sexo dos engenheiros. As médias em cada factor são estatisticamente iguais em ambos os sexos. Algumas tendências podem ser observadas: os elementos do sexo masculino apresentam uma média ligeiramente superior no factor “dependência, tristeza e antiquado”; os do sexo feminino apresentam uma média ligeiramente superior no factor “incompetência relacional e cognitiva”.

Quadro 66. Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAge): engenheiros *versus* sexo

Sexo	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Feminino (N= 30)			
Média	1,98	3,60	3,35
Desvio Padrão	0,46	0,58	0,34
Mínimo	1,08	2,25	2,67
Máximo	2,75	4,75	3,83
Masculino (N= 29)			
Média	2,16	3,33	3,32
Desvio Padrão	0,43	0,57	0,38
Mínimo	1,42	2	2,67
Máximo	2,92	4	4,17

As médias são estatisticamente iguais: F1 ($t = -1,631$; $p = 0,1082$); F2 ($t = 1,819$; $p = 0,0741$); F3 ($t = 0,322$; $p = 0,7469$).

A análise das médias de cada factor por grupo etário revela a inexistência de diferenças estatísticas (quadro 67). Contudo há uma ligeira tendência a realçar: o grupo etário mais novo apresenta uma média superior no factor “maturidade, actividade e afectividade”.

Quadro 67. Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAge): engenheiros *versus* grupo etário

Idade	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Até aos 44 anos N= 30			
Média	2,01	3,50	3,41
Desvio Padrão	0,45	0,57	0,34
Mínimo	1,08	2	2,83
Máximo	2,92	4,75	4,17
≥ 45 anos (N= 29)			
Média	2,12	3,42	3,26
Desvio Padrão	0,45	0,61	0,36
Mínimo	1,33	2,25	2,67
Máximo	2,92	4,75	3,83

Não há diferenças estatisticamente significativas: F1 ($t = -0,928$; $p = 0,357$); F2 ($t = 0,525$; $p = 0,6009$); F3 ($t = 1,659$; $p = 0,1019$).

De seguida vamos analisar as médias nos factores da escala ImAge de acordo com o grupo e sexo dos engenheiros (quadro 68).

Há diferenças significativas entre as engenheiras até aos 44 anos e os engenheiros no mesmo grupo etário em “dependência, tristeza e antiquado”, sendo os homens apresentam a média superior. E, há diferenças entre os engenheiros (homens) dos dois grupos etários no factor “maturidade, actividade e afectividade”, sendo que os mais novos apresentam uma média superior.

Quadro 68. Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAge): engenheiros *versus* grupo etário e sexo

Idade/sexo	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
K. Sexo feminino, até os 44 anos			
Média	1,85	3,58	3,33
Desvio Padrão	0,42	0,56	0,28
Mínimo	1,08	2,25	2,83
Máximo	2,50	4,75	3,83
L. Sexo masculino, até os 44 anos			
Média	2,18	3,43	3,50
Desvio Padrão	0,44	0,58	0,38
Mínimo	1,42	2	3
Máximo	2,92	4	4,17
M. Sexo feminino, ≥ 45 anos			
Média	2,11	3,61	3,36
Desvio Padrão	0,47	0,61	0,39
Mínimo	1,33	2,25	2,67
Máximo	2,75	4,75	3,83
N. Sexo masculino, ≥ 45 anos			
Média	2,13	3,23	3,15
Desvio Padrão	0,43	0,56	0,31
Mínimo	1,42	2,25	2,67
Máximo	2,92	4	3,83

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre: i) K vs L, F2 ($t = 0,721$; $p = 0,4769$); F3 ($t = -1,395$; $p = 0,1728$); ii) K vs M, F1 ($t = -1,598$; $p = 0,1192$); F2 ($t = -0,14$; $p = 0,889$); F3 ($t = -0,242$; $p = 0,8085$); iii) K vs N, F1 ($t = -1,772$; $p = 0,95376$); F2 ($t = 1,712$; $p = 0,098$); F3 ($t = 1,669$; $p = 0,1046$); iv) L vs M, F1 ($t = 0,421$; $p = 0,6762$); F2 ($t = -0,782$; $p = 0,4401$); F3 ($t = 0,996$; $p = 0,3277$); v) L vs N, F1 ($t = 0,309$; $p = 0,7591$); F2 ($t = 0,96$; $p = 0,3446$); vi) M vs N, F1 ($t = -0,12$; $p = 0,9056$); F2 ($t = 1,777$; $p = 0,0853$); F3 ($t = 1,633$; $p = 0,1189$).

Há diferenças estatisticamente significativas entre: K vs L, F1 ($t = -2,101$; $p = 0,0445$); L vs N: F3 ($t = 2,764$; $p = 0,0101$);

Em relação a área de residência dos engenheiros, as médias de cada factor são idênticas para a zona rural e urbana (quadro 70). As tendências indicam que os engenheiros residentes em zona rural apresentam em todos os factores médias ligeiramente superiores.

Quadro 70. Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAge): engenheiros *versus* zona de residência

Área de Residência	F1-Dependência, tristeza e antiquado	F2-Incompetência relacional e cognitiva	F3-Maturidade, actividade e afectividade
Rural (N=17)			
Média	2,14	3,63	3,40
Desvio Padrão	0,45	0,74	0,34
Mínimo	1,25	2,25	3
Máximo	2,92	4,75	4
Urbana (N=42)			
Média	2,04	3,39	3,30
Desvio Padrão	0,45	0,50	0,36
Mínimo	1,08	2	2,67
Máximo	2,92	4,25	4,17

Não existem diferenças estatisticamente significativas: F1 ($t= 0,768$; $p= 0,4505$); F2 ($t= 1,258$; $p= 0,2196$); F3 ($t= 1,026$; $p= 0,3124$).

Em seguida apresenta-se a média em cada factor segundo os engenheiros têm ou não experiência de trabalho com idosos (quadro 71). Apenas 5 (8,3%) tem experiência profissional com idosos. Nunca as médias apresentam diferenças significativas e atendendo à escassez de engenheiros com experiência profissional com idosos as tendências são irrelevantes.

Quadro 71. Imagens da velhice e do envelhecimento (ImAge): engenheiros *versus* experiência de trabalho com idosos

Experiência de trabalho com idosos	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Não (N=54)			
Média	2,06	3,43	3,33
Desvio Padrão	0,44	0,58	0,35
Mínimo	1,08	2	2,67
Máximo	2,92	4,75	4,17
Sim (N= 5)			
Média	2,10	3,80	3,43
Desvio Padrão	0,55	0,54	0,43
Mínimo	1,58	3	2,83
Máximo	2,83	4,50	3,83

Não há diferenças estatisticamente significativas: F1 ($t = -0,158$; $p = 0,8886$); F2 ($t = -1,458$; $p = 0,2001$); F3 ($t = -0,505$; $p = 0,6586$).

Calcularam-se as correlações entre os factores e a idade, anos de experiência profissional e anos de experiência profissional com idosos (quadro 72). Não se encontrou nenhuma correlação significativa.

Quadro 72. Correlações: factores (ImAge) *versus* idade, anos de profissão e anos de trabalho com idosos dos engenheiros

Engenheiros (N=59)	F1 – Dependência, tristeza e antiquado	F2 – Incompetência relacional e cognitiva	F3 – Maturidade, actividade e afectividade
Idade			
Correlação de Pearson	0,121	- 0,024	- 0,161
Significância (p)	0,362	0,856	0,219
Anos de profissão			
Correlação de Pearson	0,114	0,029	-0,222
Significância (p)	0,390	0,827	0,088
Anos de experiência com idosos			
Correlação de Pearson	0,119	0,097	0,188
Significância (p)	0,370	0,463	0,150

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

7. GRUPOS DE IMAGENS DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO

Para melhor compreender como os factores interagem na formação de grupos de imagens procedeu-se à análise de clusters (K-means, squared Euclidean distance) (quadro 73)

Quadro 73. Clusters de imagens da velhice e do envelhecimento

Factores (médias)	Clusters*		
	Cluster 1 (n=105) Incompetência, dependência e imaturidade	Cluster 2 (n=33) Competência, independência e maturidade	Cluster 3 (n=101) Competência, independência e maturidade moderadas
Factor 1 – Incompetência relacional e cognitiva (1,92)	2,26 (+)	1,42 (--)	1,75 (-)
Factor 2 – Dependência emocional e física (3,28)	3,79 (+)	2,05 (--)	3,17 (-)
Factor 3 – Maturidade, afectividade e actividade (3,39)	3,16 (-)	3,61 (++)	3,55 (+)
Variáveis			
Idade (42,21) **	43,51	40,73	41,35
Anos de experiência profissional (17,26) ***	18,40	15,24	16,74
Anos de experiência profissional com idosos (5,17) ****	5,12	4,52	5,44

Nota: os sinais (+), (++), (-) e (--) apenas pretendem ajudar a comparar cada média com a média global do factor.

* A análise de pares de grupos diferentes (Teste Scheffé, $p < 0.05$) indicam que todos os grupos são diferentes.

** As médias etárias são todas estatisticamente similares (Teste T; $p < 0.05$).

*** As médias de experiência profissional são todas estatisticamente similares (Teste T; $p < 0.05$).

**** As médias de experiência profissional com idosos são todas estatisticamente similares (Teste T; $p < 0.05$).

O cluster 1 (incompetência, dependência e imaturidade) abrange 43,8% dos sujeitos da amostra, o cluster 2 (competência, independência e maturidade) envolve 13,8% dos inquiridos e o cluster 3 (competência, independência e maturidade moderadas) respeita a 42,1%. Assim, verifica-se que apenas 13,8% dos inquiridos apresentam imagens positivas, indicando competência, independência e maturidade. Os restantes inquiridos dividem-se entre imagens essencialmente negativas (incompetência, dependência e imaturidade) e imagens positivas, mas moderadas (competência, independência e maturidade moderadas). Estes grupos de imagens não variam com a

idade, anos de experiência profissional e anos de experiência profissional com idosos dos elementos da amostra.

Em seguida analisou-se com base em frequências observadas e esperadas como os clusters variam com o grupo etário, sexo, profissão e experiência profissional com idosos dos inquiridos (quadro 74).

Quadro 74. Clusters *versus* idade, sexo, residência, profissão, experiência profissional com idosos

	Cluster 1 Incompetência, dependência e imaturidade		Cluster 2 Competência, independência e maturidade		Cluster 3 Competência, independência e maturidade moderadas	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
Grupo etário						
Até aos 44 anos	51 (=)	52,7	17 (=)	16,6	52 (+)	50,7
≥ 45 anos	52 (=)	52,3	16 (=)	16,4	49 (-)	50,3
Sexo						
Feminino	67 (=)	65,9	19 (=)	20,7	64 (=)	63,4
Masculino	38 (=)	39,1	14 (=)	12,3	37 (=)	37,6
Residência						
Rural	30 (=)	29	12 (+)	9,1	24 (-)	27,9
Urbana	75 (=)	76	21 (-)	23,9	77 (+)	73,1
Profissão						
Enfermeiro	24 (-)	26,4	9 (=)	8,3	27 (+)	25,4
Engenheiro	36 (+)	25,9	4 (-)	8,1	19 (-)	24,9
Médico	26 (=)	26,4	7 (=)	8,3	27 (+)	25,4
Técnico de serviço social	19 (-)	26,4	13 (+)	8,3	28 (+)	25,4
Experiência de trabalho com idosos						
Não	51 (+)	46,6	10 (-)	14,6	45 (=)	44,8
Sim	54 (-)	58,4	23 (+)	18,4	56 (=)	56,2
Trabalhar actualmente com idosos						
Não	80 (+)	73,8	20 (-)	23,2	68 (-)	71
Sim	25 (-)	31,2	13 (+)	9,8	33 (+)	30

Nota: os sinais (+), (-) e (=) apenas pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas.

Os resultados indicam que:

- a) Em relação ao grupo etário o cluster 3 (competência, independência e maturidade moderadas) tende a ocorrer com mais frequência entre os mais novos (e com menos frequência entre os mais velhos).
- b) Em relação ao sexo não se observam tendências, as frequências observadas e esperadas são similares.
- c) Em relação à zona de residência, observa-se que os residentes em zona urbana apresentam uma frequência superior à esperada no cluster 3 (competência, independência e maturidade moderadas); aqueles com residência rural apresentam uma frequência inferior no mesmo cluster.
- d) Na profissão observa-se que os enfermeiros têm frequências observadas superiores às esperadas no cluster 3 (competência, independência e maturidade moderadas) e inferiores às esperadas no cluster 1 (incompetência, dependência e imaturidade); os engenheiros têm frequências observadas superiores às esperadas no cluster 1 (incompetência, dependência e imaturidade) e inferiores às esperadas no cluster 3 (competência, independência e maturidade moderadas). Os médicos têm frequências observadas superiores às esperadas no cluster 3 (competência, independência e maturidade moderadas). As técnicas de serviço social têm frequências observadas superiores às esperadas nos clusters 2 (competência, independência e maturidade) e 3 (incompetência, dependência e imaturidade moderadas).); e tem frequências observadas inferiores às esperadas no cluster 1 (incompetência, dependência e imaturidade).
- e) Na experiência de trabalho com idosos destaca-se uma superioridade das frequências observadas em relação às esperadas nos profissionais sem experiência de trabalho com idosos no cluster 1 (incompetência, dependência e imaturidade). Relativamente aos profissionais com experiência profissional com idosos evidenciam uma frequência observada superior no cluster 2 (competência, independência e maturidade).
- f) No trabalhar actualmente com idosos, os profissionais que não trabalham actualmente com idosos, apresentam uma frequência observada superior à esperada referente ao cluster 1 (incompetência, dependência e imaturidade), e de forma inferior nos restantes clusters. Nos profissionais que trabalham actualmente com idosos existe uma frequência superior nos cluster 3

(incompetência, dependência e imaturidade moderadas), assim como no cluster 2 (incompetência, dependência e imaturidade).

Por fim, analisou-se com base em frequências observadas e esperadas, como os clusters variam com os grupos profissionais, organizados segundo a profissão, grupo etário e sexo (quadro 75).

Quadro 75. Clusters versus grupos profissionais (profissão, sexo e grupo etário)

Grupos segundo profissão, idade e sexo	Cluster 1 Incompetência, dependência e imaturidade		Cluster 2 Competência, independência e maturidade		Cluster 3 Competência, independência e maturidade moderadas	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
Enfermeiros						
Feminino, até 44 anos	6 (=)	6,6	3 (=)	2,1	3 (-)	6,3
Feminino, ≥ 45 anos	7 (=)	6,6	1 (-)	2,1	7 (=)	6,3
Masculino, até 44 anos	6 (=)	6,6	2 (=)	2,1	7 (=)	6,3
Masculino, ≥ 45 anos	5 (-)	6,6	3 (=)	2,1	7 (=)	6,3
Engenheiros						
Feminino, até 44 anos	9 (+)	6,6	1 (-)	2,1	5 (-)	6,3
Feminino, ≥ 45 anos	13 (+)	6,6	1 (-)	2,1	1 (-)	6,3
Masculino, até 44 anos	8 (+)	6,6	1 (-)	2,1	6 (=)	6,3
Masculino, ≥ 45 anos	6 (=)	6,2	1 (=)	1,9	7 (+)	5,9
Médicos						
Feminino, até 44 anos	7 (=)	6,6	0 (-)	2,1	8 (+)	6,3
Feminino, ≥ 45 anos	6 (=)	6,6	0 (-)	2,1	9 (+)	6,3
Masculino, até 44 anos	6 (=)	6,6	2 (=)	2,1	7 (=)	6,3
Masculino, ≥ 45 anos	7 (=)	6,6	5 (+)	2,1	3 (-)	6,3
Técnicos de serviço social						

Feminino, até 44 anos	9 (-)	13,2	8 (+)	4,1	13 (=)	12,7
Feminino, ≥ 45 anos	10 (-)	13,2	5 (=)	4,1	15 (+)	12,7

Nota: os sinais (+), (-) e (=) apenas pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas.

Os dados indicam que:

- a) Nos enfermeiros, no cluster 1 (incompetência, dependência e imaturidade), as frequências observadas são inferiores às esperadas para os homens do grupo etário com idade igual ou superior aos 45 anos; no cluster 2 (competência, independência e maturidade) as frequências observadas são inferiores às esperadas para as mulheres com idade igual ou superior aos 45 anos; no cluster 3 (competência, independência e maturidade moderadas) as frequências observadas são inferiores às esperadas nas mulheres até aos 44 anos.
- b) Nos engenheiros, no cluster 1 (incompetência, dependência e imaturidade) as frequências observadas são superiores às esperadas nas mulheres de ambos os grupos etários e nos homens com idade até aos 44 anos; no cluster 2 (competência, independência e maturidade) as frequências observadas são inferiores às esperadas nas mulheres de ambos os grupos etários e nos homens com idade até aos 44 anos; no cluster 3 (competência, independência e maturidade moderadas) as frequências observadas são superiores às esperadas nos homens com idade igual ou superior a 45 anos e são inferiores às esperadas nas mulheres de ambos os grupos etários.
- c) Nos médicos, no cluster 2 (competência, independência e maturidade) as frequências observadas são inferiores às esperadas nas mulheres de ambos os grupos etários e são superiores nos homens no grupo com idade superior; no cluster 3 (competência, independência e maturidade moderadas) as frequências observadas são superiores às esperadas nas mulheres de ambos os grupos etários e são inferiores nos homens mais velhos.
- d) Nas técnicas de serviço social, no cluster 1 (incompetência, dependência e imaturidade) as frequências observadas são inferiores às

esperadas nos dois grupos etários; no cluster 2 (competência, independência e maturidade) as frequências observadas são superiores às esperadas no grupo etário mais novo; no cluster 3 (competência, independência e maturidade moderadas) as frequências observadas são superiores às esperadas no grupo etário mais velho.

CAPITULO 5.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No capítulo anterior já introduzimos alguns conceitos emergentes das imagens da velhice e do envelhecimento nos profissionais: enfermeiros, médicos e técnicas de serviço social no seu percurso laboral. Contudo, reservamos este capítulo para uma discussão mais detalhada.

1. ESTRUTURA E CONTEÚDOS DAS IMAGENS

No estudo realizado emergiram três dimensões (componentes principais) das imagens da velhice e do envelhecimento: “dependência, tristeza e antiquado”, “incompetência relacional e cognitiva” e “maturidade, actividade e afectividade”. Cada uma destas dimensões é composta ou complexa, ou seja, representam ou englobam um conjunto de conteúdos ou características diversas: afectiva (tristeza, afectividade), social (antiquado, incompetência relacional), cognitiva (incompetência cognitiva, maturidade) e física (dependência, actividade). Verifica-se que as dimensões são duas de cariz mais negativo e uma de índole positiva, desta forma as imagens negativas são mais complexas e dispersas, enquanto as positivas são mais claras e integradas.

Daqui surgem um conjunto de características das dimensões das imagens da velhice e do envelhecimento: ao nível do conteúdo as dimensões são multivariadas, existindo dimensões positivas e negativas (mais complexas). Estes resultados vão de encontro a outros dados de investigação (cf. Hummert, 1990; Schmidt & Boland, 1986; Sousa, Cerqueira e Galante, 2002). Contudo também estão em desacordo com estudos anteriores que evidenciam que o envelhecimento do corpo represente o processo de envelhecimento (Heikkinen, 2000). Os dados deste estudo indicam que a velhice e o envelhecimento são dimensionados em várias perspectivas: biológica, funcional, psicológica, cognitiva, social e afectiva.

Além disso, a análise das médias da amostra global para duas das dimensões indica valores moderados: “incompetência relacional e cognitiva” – 3,28; “maturidade, actividade e afectividade” – 3,38. Em “dependência, tristeza e antiquado” a média é mais baixa (1,92)

indicando tendência dos inquiridos para discordar com esta dimensão. Assim, as imagens são multi-dimensionais, complexas e moderadas, indicando que as pessoas tendem a, pelo menos explicitamente, não ter imagens muito definidas da velhice. Estes resultados parecem indicar que as imagens são pouco consistentes, e por vezes até ambíguas, o que torna difícil tomar posições mais extremadas (Hummel, 1995; Sousa, Cerqueira e Galante, 2002). Contudo este cariz mais moderado poderá revelar que as imagens mais extremas sejam de índole mais implícita (Levy & Bannaji, 2002), podendo manifestar-se e de forma escondida e não objectiva para os próprios. As imagens da velhice e do envelhecimento são múltiplas, contraditórias e complexas o que dificulta a sua expressão (Hummert, 1990; Kite & Johnson, 1988; Schmidt & Boland, 1996; Sousa, Cerqueira e Galante, 2002)

Estas dimensões foram agrupadas em *clusters* o que permitiu encontrar uma *graduação* das imagens: negativas (incompetência, dependência e imaturidade), positivas moderadas (competência, independência e maturidade moderadas) e positivas (competência, independência e maturidade).

Nesta análise surgem três grandes conteúdos de imagens: desempenho (competência cognitiva, motora, relacional e emocional), autonomia física/funcional (independência/dependência) e maturidade. Estas dimensões são similares às descritas por Cuddy & Fiske (2000), contudo na análise desses autores a imagem mais positiva (competente e emocionalmente apoiante) nunca era atribuída à velhice, enquanto no nosso estudo a imagem globalmente positiva é atribuída aos idosos (competência, maturidade e independência).

2. AS IMAGENS DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO: ENFERMEIROS, MÉDICOS E TÉCNICAS DE SERVIÇO SOCIAL

A amostra global apresenta uma tendência, não significativa, para maior acentuação da dimensão positiva “maturidade, actividade e afectividade” (3,38), seguindo-se uma dimensão negativa (“incompetência relacional e cognitiva” – 3,28) e, significativamente inferior às anteriores a dimensão “dependência, tristeza e antiquado” (1,92). Ou seja, a imagem da velhice que emerge para a amostra global é composta por: maturidade, actividade e afectividade; e, incompetência relacional e cognitiva. Desta forma, podemos ver ainda alguma ambiguidade e contradição das imagens: maturidade *versus* incompetência cognitiva e afectividade *versus* incompetência relacional. Pode-se pensar que estas imagens distintas emergem consoante se pensa numa ou noutra pessoa idosa, ou se pensa numa determinada pessoa idosa ou nos idosos em geral. De qualquer forma, continua a existir ambiguidade, nem que seja pela incapacidade de distinguir o todo de cada um dos seus elementos.

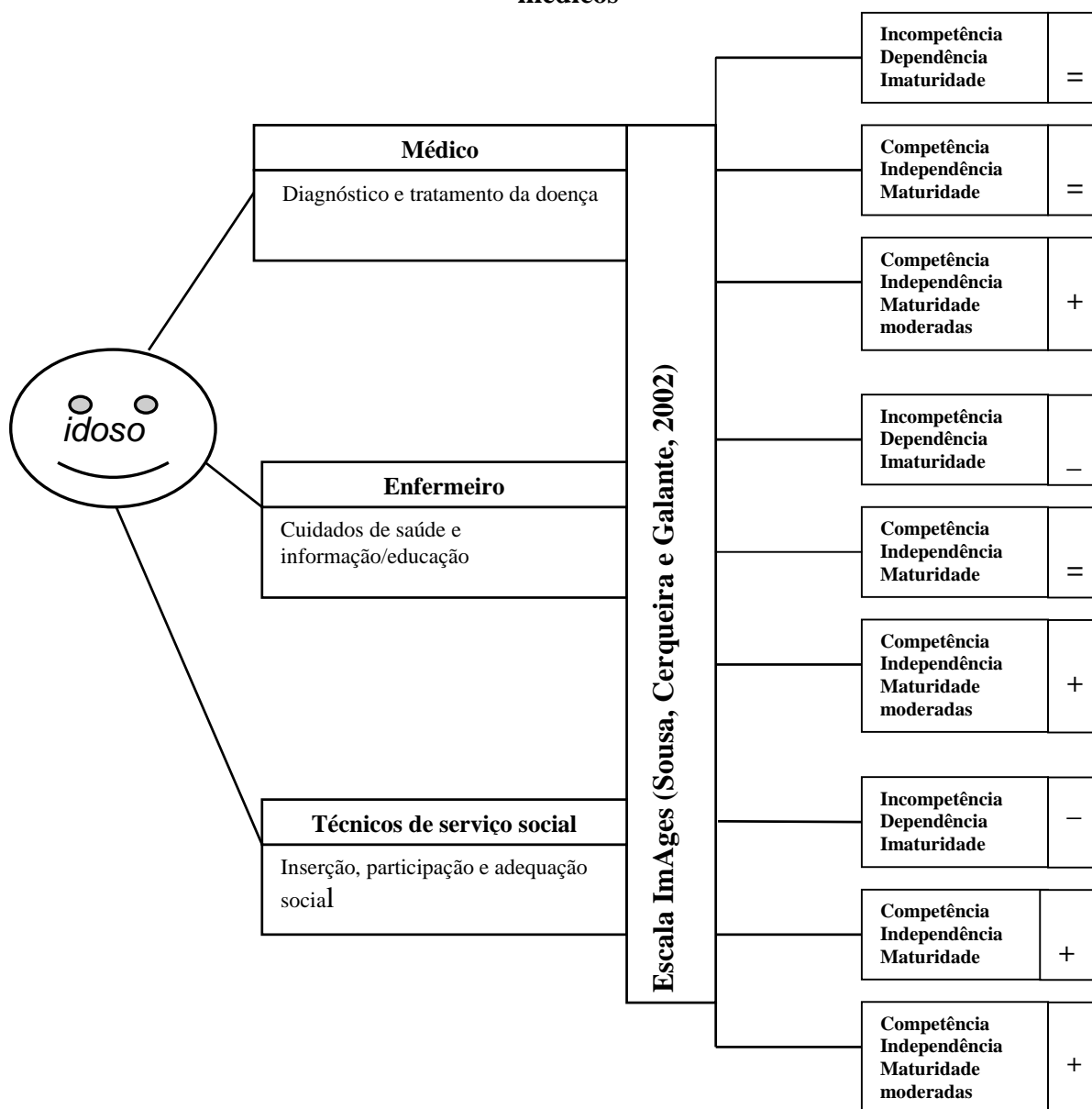
Mesmo se atendermos ao ligeiro predomínio da dimensão positiva, não podemos extrapolar esta imagem mais positiva, porque a imagem negativa mantêm-se e traduz-se, provavelmente, no “velhismo profissional” implícito nas sociedades (Gatz & Pearson, 1988; Ward & Steetman, 1998; Ferreira-Alves & Novo, 2006; Jönson, 2005).

No nosso estudo que realizámos os diversos profissionais inquiridos (enfermeiros, médicos e técnicas de serviço social) apresentam distribuições similares nas dimensões, ou seja, os dados sugerem que têm imagens da velhice e do envelhecimento idênticas e similares às descritas para a amostra global. Estes profissionais têm funções diferentes na assistência e cuidados aos idosos (figura 3), o que inicialmente poderia levar a concluir que as imagens fossem também apresentassem disparidades (Cruz *et al.*, 2003; Almeida, 1998; Choi & Dinse, 1998).

Mais especificamente os médicos e as técnicas de serviço social apresentam médias idênticas nos factores “maturidade, actividade e afectividade” e “dependência, tristeza e

antiquado”; mas diferem nas médias do factor “incompetência relacional e cognitiva”, em que as técnicas de serviço social apresentam em média significativamente mais baixa do que os médicos. Estes dados vão de encontro aos estudos realizados na valorização de aspectos mais positivos por profissionais com funções de natureza mais psicossocial (Cruz *et al.*, 2003; Costa, 2005). Mas, esta diferença também se pode justificar por as técnicas de serviço social estabelecerem contactos com idosos menos dependentes e os médicos contactarem quase sempre os idosos em situação de doença (apresentam-se mais frágeis a todos os níveis). Os médicos reconhecem que o aspecto humano é muito importante na interacção com idosos e pode mesmo até influenciar a qualidade do seu tratamento (Robinson & Rosher, 2001).

Figura 3. Variação das imagens: técnicas de serviço social versus enfermeiros e médicos



Nota: Os sinais -, + e = correspondem à análise de *cluster*.

Os engenheiros apresentam médias idênticas aos outros profissionais no factor “maturidade, actividade e afectividade”. Mas diferenciam-se de todos os outros profissionais no factor “dependência, tristeza e antiquado”, pois apresentam uma média significativamente

mais elevada. E, diferenciam-se em relação aos enfermeiros e às técnicas de serviço social no factor “incompetência relacional e cognitiva”, pois apresentam uma média significativamente mais elevada. Os resultados dos engenheiros vão de encontro às imagens sociais (representadas pela sociedade em geral) que têm sido descritas na literatura pela exacerbação das imagens de cariz mais negativo (Sousa, Cerqueira e Galante, 2002; Ward, Duquim Streetman, 1998; Slotterback & Saarnio, 1996; Villar, 1995).

3. COMPARAÇÃO DAS IMAGENS ENTRE OS PROFISSIONAIS

Neste capítulo fazemos uma abordagem comparativa das imagens dos profissionais directamente ligados às áreas da geriatria e gerontologia: enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social. São realçadas as diferenças entre profissionais.

3. 1. ENFERMEIROS

Os enfermeiros têm tendência a formarem imagens que comportam aspectos positivos e negativos: por um lado, consideram a maturidade e actividade e, por outro, a incompetência relacional e cognitiva. Estas imagens parecem algo contraditórias, pois se uma pessoa é madura, activa e afectiva, em princípio teria mais competências relacionais e cognitivas. A ambivalência destas imagens provavelmente relaciona-se com aquilo que é socialmente assumido, como a gerontofobia, demonstrada na inconsistência pouco crítica dos enfermeiros (Villar, 1995; Harrigan & Farmer, 1992). A imagem de “dependência, tristeza e antiquado” tende a ser rejeitada pelos enfermeiros.

Esta inconsciência social implícita, não é patente no sentimento de rejeição, porque não existem grupos que odeiem os idosos e os persigam, porque provavelmente um dia estes virão ser também idosos (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002). A associação destas ideias na valorização da juventude leva a formação de comportamentos *velhistas* mais implícitos e mais inconscientes.

Os resultados não apresentam variabilidade estatisticamente significativa em relação a idade, sexo e área de residência. Estes condicionalismos levam a uma ligeira tendência das enfermeiras (mulheres) para imagens num pouco mais negativas, o que também tem sido relatado noutros trabalhos, assim como a sobrevalorização dos aspectos mais positivos nos enfermeiros (homens) (Carvalhais, 2006; Hatch, 2005). Tal poderá estar associado ao facto de a velhice ser sentida pelas mulheres de forma mais negativa, de facto as imagens sociais da

mulher velha são mais negativas, o que poderá levar as mulheres a sentirem-se pior quando confrontadas com este tema.

Os enfermeiros (homens) com idade superior ou igual a 45 anos apresentam uma tendência para o predomínio das imagens referentes ao factor “dependência, tristeza e antiquado”, uma imagem mais negativa, que vai de encontro a algumas outras investigações (Lehr, 1980; Sousa, Cerqueira & Galante, 2002). Possivelmente, os enfermeiros mais velhos têm tendência a comparar-se com outras fases da sua vida, sentindo as limitações com maior intensidade (Victor *et al.*, 2000). Ou, como ainda não estão na velhice poderão tender a olhá-la como uma situação mais negativa, o que até pode ser vantajoso em termos de preparação para a velhice (Heikkinen, 2000).

Observa-se uma tendência ligeira para os enfermeiros residentes em zona urbana, salientarem a imagem positiva e os residentes em área rural salientarem a negativa. Este facto poderá relacionar-se com o facto das áreas rurais apresentarem uma maior percentagem de população envelhecida.

Em relação à experiência de trabalho actual com idosos, aqueles que actualmente trabalham com idosos apresentam em todos os factores médias ligeiramente superiores; essa tendência é superior no factor “ incompetência relacional e cognitiva”. Tal significa que o contacto profissional com idosos retira alguma moderação às imagens, levando os profissionais a assumirem de forma mais concretizada o que vêem na velhice e nas pessoas velhas.

Os factores associados a imagens mais negativas tendem a apresentar médias superiores à medida que aumentam os anos de profissão e os anos de experiência profissional com idosos. Estes resultados não estão em concordância com alguns resultados de outros estudos que demonstram que a discriminação negativa não aumenta com a idade (Herdman, 2002; Matheson *et al.*, 2000; Sousa, Cerqueira & Galante, 2002). Mas tal talvez se deva ao facto da média etária deste grupo profissional ser a mais jovem da amostra.

3. 2. MÉDICOS

Os médicos apresentam uma tendência idêntica à dos enfermeiros e da amostra global, contudo emerge uma diferença significativa: no factor “incompetência relacional e cognitiva” as mulheres apresentam uma média superior, indicando que têm mais esta imagem do que os homens. Estes resultados contradizem alguns estudos anteriormente realizados (Woolf, 1998; Thane, 2000; Tornstam, 2006), em que as mulheres evidenciaram mais as imagens positivas, principalmente quando se encontram numa fase de transição para a velhice e não sofrem de envelhecimento patológico. Uma das causas pode estar relacionada com a média etária das médicas (mulheres) ser superior à dos médicos, o que indicaria que as médicas estariam mais próximas da velhice. Mais uma vez se pode referir que as imagens sociais das mulheres velhas são mais negativas e que as mulheres tendem a ser vistas como velhas e pouco atraentes numa idade mais precoce que os homens.

Salientam-se algumas tendências ligeiras: as médicas do grupo etário mais novo apresentam as médias superiores no factor “incompetência relacional e cognitiva”; os médicos do grupo etário mais velho apresentam a média superior no factor “dependência, tristeza e antiquado”. As mulheres mais novas acentuam aspectos mais relacionais e cognitivos, os homens mais velhos acentuam aspectos mais funcionais e a tristeza.

Os médicos residentes em zona rural apresentam uma média ligeiramente superior no factor “maturidade, actividade e afectividade”, enquanto os residentes em zona urbana apresentam uma média ligeiramente superior no factor “incompetência relacional e cognitiva”. Talvez o maior contacto em zonas rurais com idosos permita uma maior ênfase em aspectos positivos.

A experiência profissional com idosos parece influenciar as imagens que os médicos têm da velhice e do envelhecimento. Os dados sugerem que essa experiência diminui a imagem de maturidade e acentua a dependência, ou seja, acentua as imagens negativas. Contradizem alguns estudos anteriormente apresentados em relação a experiência profissional com idosos (Herdman, 2002), na sobreposição das imagens mais positivas em relação às negativas e também a uma sobrevalorização dos aspectos relacionados com a aparência física a medida

que a idade vai avançando (Kite & Johnson, 1988). Além disso, é de referir que os médicos atendem as pessoas principalmente quando estão doentes.

As tendências estatísticas indicam que os médicos que trabalham actualmente com idosos apresentam médias ligeiramente superiores, em relação aos que não trabalham actualmente com idosos, em todos os factores. Parecem ter imagens um pouco menos moderadas do que o outro grupo.

De facto, as pessoas vão ao médico “*quando estão doentes*” e, por isso, os médicos podem ter uma visão da velhice mais incidente em idosos com envelhecimento patológico. Acresce que na sua formação académica se centram em modelos mais centrados na doença, sob um ponto de vista biomédico, daí a relevância na doença, dependência, incapacidade física. Paralelamente sobrevalorizam-se factores de índole mais relacional, social, implementando-se a formação de um “estilo geriátrico”. A escassa formação profissional nas áreas da geriatria e gerontologia, parece ser umas das razões mais importantes na sobrevalorização do idadismo e velhismo profissional (Diniz, 2003).

3.3. TÉCNICAS DE SERVIÇO SOCIAL

Os factores “maturidade, actividade e afectividade” e “incompetência relacional e cognitiva” apresentam médias estatisticamente similares, embora nesta subamostra a distância nas médias destes factores seja ligeiramente superior em relação ao que ocorre nos enfermeiros e médicos. O factor “dependência, tristeza e afectividade” tem uma média significativamente inferior aos outros dois factores. Estas profissionais apresentam uma formação académica mais recente na área da velhice e do envelhecimento, logo são influenciadas por conhecimentos mais actuais nesta área. Muitas técnicas de serviço social encontram-se numa fase profissional em que a experiência com idosos tende a diminuir, o que proporciona que possam inconscientemente construir imagens referenciadas do seu endogrupo e mais positivas (Vanbeselaere, 1993; Hummel, 1995; Cuddy & Fiske, 2002)

As tendências indicam que as técnicas de serviço social residentes em zona urbana apresentam médias ligeiramente superiores nos factores “dependência, tristeza e antiquado” e

“incompetência relacional e cognitiva”, ou seja, médias superiores nos factores indicativos de imagens mais negativas. As residentes em zona rural apresentam uma média ligeiramente superior no factor “maturidade, actividade e afectividade”, aquele de cariz mais positivo. Provavelmente o predomínio de idosos nas zonas rurais e de famílias alargadas, bem como de maior solidariedade comunitária ajudam a que nessas áreas o idoso seja mais valorizado.

As tendências indicam que as técnicas de serviço social com experiência profissional com idosos apresentam uma média ligeiramente superior em “maturidade, actividade e afectividade” e uma média ligeiramente inferior em “incompetência relacional e cognitiva”. Tal pode indiciar que a experiência profissional com idosos tende a esbater as imagens mais negativas e acentuar as mais positivas (Herdman, 2000). Muitas destas profissionais são responsáveis de projectos de intervenção social/domiciliar, logo lidam com idosos mais independentes (do que enfermeiros e médicos) e inseridos nos seus ambientes familiares. Além disso, o corpo de conhecimentos desta profissão acentua a dimensão social (Choi & Dinse, 1998).

Existem correlações moderadas, positivas e significativas entre a idade e os anos de profissão e o factor “dependência, tristeza e antiquado”. Ou seja, à medida que a idade e os anos de experiência profissional das técnicas de serviço social aumenta (o que tende a ser concomitante), a média naquele factor também aumenta. Provavelmente, o maior contacto com idosos e a aproximação dessa idade temida e desejada fazem com que estas profissionais acentuem a imagem contida naquele factor.

3. 4. ENGENHEIROS

A amostra dos engenheiros foi inserida no nosso estudo com o objectivo de comparar de que modo as imagens de um grupo profissional que não trabalha com idosos se diferencia dos que trabalham. Tal permite analisar também se a formação e experiência profissional com idosos transforma as imagens e as faz divergir do que é comum em sociedade.

Como já se referiu, os engenheiros: apresentam médias idênticas aos outros profissionais no factor “maturidade, actividade e afectividade”; apresentam uma média significativamente

mais elevada em relação a todos os outros profissionais no factor “dependência, tristeza e antiquado”; e apresentam uma média significativamente mais elevada, comparativamente aos enfermeiros e às técnicas de serviço social, no factor “incompetência relacional e cognitiva”. Em geral, os engenheiros apresentam uma imagem mais negativa. Ou seja, parece que os profissionais de saúde e acção social apresentam, relativamente à sociedade em geral, uma imagem idêntica de “maturidade, actividade e afectividade”, mas menos acentuada no que respeita a “dependência, tristeza e antiquado” e “incompetência relacional e cognitiva”.

Entre os engenheiros algumas tendências podem ser observadas: os elementos do sexo masculino apresentam uma média ligeiramente superior no factor “dependência, tristeza e antiquado”; os do sexo feminino apresentam uma média ligeiramente superior no factor “incompetência relacional e cognitiva”. Estes resultados contradizem ligeiramente a ideia de alguns trabalhos de investigação que indicam que as mulheres têm imagens mais positivas em relação à velhice e ao envelhecimento (Woolf, 1998; Thane, 2000; Tornstam, 2006). Estes resultados reflectem a estereotopia social que associa idadeismo/velhismo e sexismo, como estigma social (Palmore, 1999) e que se traduzem numa visão mais positiva do homem (Hatch, 2005). Contudo há uma ligeira tendência a realçar: o grupo etário mais novo apresenta uma média superior no factor “maturidade, actividade e afectividade”, o que contradiz alguns estudos em que os mais jovens apresentam imagens mais negativas em relação a velhice (Matheson *et al.* 2000; Sousa, Cerqueira & Galante, 2002).

Quanto à área de residência as médias de cada factor são idênticas para a zona rural e urbana. Os dados indicam que os engenheiros residentes em zona rural apresentam em todos os factores médias ligeiramente superiores.

4. IMAGENS, PROFISSÃO, IDADE, SEXO E ZONA DE RESIDÊNCIA

Os resultados obtidos não sugerem diferenças significativas entre as imagens dos vários grupos profissionais, consoante a idade e o sexo. A literatura em relação a este tema tem revelado resultados ambíguos, pelo que os dados obtidos são coincidentes com a maioria dos estudos (cf. Baley, 1991; Harris, Page & Begay, 1988).

Os enfermeiros, os médicos e as técnicas de serviço social residentes em zona urbana e os profissionais mais novos apresentam imagens tendencialmente moderadas: “competência, independência e maturidade moderadas”. Tal pode indicar que os mais novos são influenciados pela valorização da juventude na sociedade (Schmidt & Boland, 1986). Havendo uma aceitação dos estereótipos negativos, diminui a defesa em relação a essa visão (Levy, & Banaji, 2002). Assim, parecem existir imagens mais favoráveis, moderadas, nos mais jovens (Rothbaum, 1983).

Este conjunto de profissionais exerce acções de intervenção diferentes no apoio ao idoso e possuem conhecimentos científicos e modelos distintos. Mas, paralelamente têm profissões relacionais, de suporte e cuidados (ICL-SA, 2006). Ao mesmo tempo estão em contacto com idosos doentes, confrontados com o envelhecimento patológico, assim são mais susceptíveis as construções de imagens mais negativas.

As imagens mais positivas (“competência, independência e maturidade”) são representativas dos inquiridos residentes em áreas rurais e uma tendência mais específica para as técnicas de serviço social, mais novas e os médicos mais velhos.

Tal pode associar-se no caso das técnicas de serviço social a contactarem com idosos mais independentes, enquanto enfermeiros e médicos terão mais tendência a trabalharem com idosos doentes. Os médicos mais velhos provavelmente estão numa fase interna de vivência da velhice, daí que a compreendam melhor; além disso, como são homens a velhice não é socialmente vista de forma tão negativa em relação a eles (Henrad, 1996; Choi & Dinse, 1998).

Os profissionais com residência rural têm contacto com mais idosos que vivem em comunidade, exibindo provavelmente sinais de um envelhecimento bem sucedido, por isso as imagens tendem a ser mais favoráveis.

As imagens mais negativas (“incompetência, dependência e imaturidade”) ocorrem mais entre os engenheiros; se bem que nos engenheiros mais velhos haja uma tendência para as imagens serem mais moderadas. Parecem representar a tendência patente nas sociedades idadista e velhistas actuais (ICL-USA, 2006)

Os inquiridos deste estudo apresentam uma ligeira tendência para imagens mais centradas nas competências relacionais, funcionais e cognitivas. Alguns estudos indicam que os profissionais da saúde tendem a construir imagens mais de cariz negativo (Cruz, *et al.*, 2003; Hatch, 2005; ICL-USA, 2006), o que neste estudo não é evidente. De qualquer forma, nunca as imagens são assumidas de forma extremada, o que mostra a complexidade, a ambiguidade e as contrariedades na dificuldade de expressão destas imagens (Hummert, 1990).

5. IMAGENS, PROFISSÃO E EXPERIÊNCIA DE TRABALHO COM IDOSOS

Não há diferenças estatisticamente significativas, pelo que a experiência profissional e o trabalhar ou não actualmente com idosos parece não afectar as imagens da velhice.

No entanto, quando as imagens se agrupam observa-se, quanto à experiência profissional, que: os profissionais sem experiência profissional de trabalho com idosos apresentam uma tendência mais negativa, acentuado a imagem de “incompetência, dependência e imaturidade”; nos profissionais que se encontram a trabalhar com idosos na actualidade existe uma tendência para imagens mais moderadas.

Estes resultados encerram em si alguma incapacidade de explicitação do que se percebe da velhice, nomeadamente, por ser tratar de uma fase desejada, mas também temida (Walsh, 1989).

Uma das razões que tem sido apontada para as imagens serem mais negativas ou inconsistentes é a escassa formação especializada nesta área em Portugal. Essencialmente, seria relevante existir formação acerca do processo de envelhecimento normal e das disfunções e patologias que podem ocorrer. Além disso, seria relevante a formação incidir sobre o desenvolvimento normal ao longo do ciclo de vida, nas múltiplas potencialidades e nos recursos nas pessoas.

No nosso estudo não existe de forma objectiva influência significativa da experiência profissional e do trabalhar actualmente com idosos nas imagens. A maior dos profissionais ao longo do seu percurso pessoal e profissional já teve contacto com idosos, e estas experiências influenciadas pela sociedade e cultura moldaram as imagens que têm. Será a formação que fará com que as imagens ganhem maior definição e se aproximem da realidade da velhice e do envelhecimento.

Em relação às limitações deste estudo salientamos o facto dos dados terem sido recolhidos com apenas um instrumento. Vários autores salientam a necessidade de usar instrumentos com características diferentes para aceder melhor às imagens, por exemplo, utilizar uma escala e uma entrevista. Teria sido também importante diferenciar profissionais com formação específica em gerontologia e/ou geriatria.

Além disso, estudos futuros poderiam analisar como as diferentes imagens se traduzem em comportamentos junto dos idosos. Também seria importante a realização de estudos longitudinais que permitissem analisar a evolução das imagens sociais da velhice e do envelhecimento de forma a compreender melhor estes fenómenos ao longo do tempo (Ferreira-Alves, Novo, 2006; Sousa, Cerqueira & Galante, 2002). E, analisar a influência da formação na reorganização de imagens e comportamentos em relação aos idosos.

CONCLUSÕES

As profissões com foco directo de trabalho ligado aos idosos sofrem uma influência inequívoca da discriminação da sociedade em geral, vistos estes profissionais (enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social) serem um produto da sociedade onde se formaram.

Na interacção que envolve imagens, profissionais e idosos, as imagens sofrem juízos e/ou interpretações reunindo um conjunto de preconceitos, discriminações, atitudes, representações, mitos e dogmas que se repercutem em imagens mentais, sociais e culturais.

Os mais idosos no decurso do seu processo de normal de envelhecimento acabam por sofrer as limitações funcionais, que se reflectem em limitações sociais. Mas, a velhice e o envelhecimento apresentam também aspectos positivos, como maior maturidade e experiência de vida. Contudo são os aspectos mais negativos os mais exacerbados: a incapacidade, dependência, imaturidade e tristeza.

Assim foi relevante conhecer as imagens da velhice e do envelhecimento dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) e acção social (técnicas de serviço social). Os dados permitem inferir que as imagens podem estar a interferir nos cuidados e apoios prestados e, em consequência, pensar algumas estratégias para melhorar o apoio.

Em geral, as imagens emergentes incluem que a velhice é um período caracterizado moderadamente por “maturidade, actividade e afectividade” e “incompetência relacional e cognitiva”; a dimensão “dependência, tristeza e antiquado” é menos associada pelos inquiridos. Deste modo, as imagens comportam aspectos positivos e negativos, são inconsistentes (apontam, por exemplo, maturidade e incompetência relacional) e multi-dimensionais (envolvem aspectos funcionais, sociais, cognitivos, afectivos).

Esta configuração ocorre para a amostra global e mantém-se praticamente idêntica quando se consideram os diversos grupos profissionais. Apenas emergem algumas pequenas diferenças: as técnicas de serviço social apresentam uma média significativamente mais baixa do que os médicos, mas idêntica aos enfermeiros na dimensão “incompetência relacional e cognitiva”; os engenheiros valorizam mais as dimensões negativas e mantêm a positiva. Ou seja, as áreas profissionais que mais exercem funções junto de idosos têm imagens ligeiramente menos negativas do que os engenheiros.

Provavelmente, tal deve-se ao facto das profissões mais relacionais (enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social) valorizarem mais dimensões emocionais, psíquicas e sociais (Cruz *et al.*, 2003; Costa, 2005; Choi & Dinse, 1998). Enquanto os engenheiros estão mais vocacionados para valorizarem, a economia, a produtividade e os aspectos referentes a actividade e vigor físico.

Em relação à idade, verifica-se que na amostra global e entre as técnicas de serviço social o grupo com idade superior (igual ou superior aos 45 anos) apresenta uma média estatisticamente superior na dimensão “dependência, tristeza e antiquado”. A idade não afecta as imagens de médicos, enfermeiros e engenheiros. As técnicas de serviço social mais velhas tendem a apresentar imagens de cariz mais negativo, talvez por se encontrarem numa faixa etária em que os sinais resultantes das mudanças naturais do envelhecimento se tornam mais visíveis.

Relativamente ao sexo dos inquiridos, não emergem diferenças na amostra global e enfermeiros. Nos médicos, as mulheres apresentam média superior em “incompetência relacional e cognitiva”; e entre os engenheiros, os elementos do sexo masculino apresentam uma média superior no factor “dependência, tristeza e antiquado” e os do sexo feminino apresentam média superior no factor “incompetência relacional e cognitiva”. Estes resultados contradizem a ideia de que as mulheres têm imagens mais positivas em relação à velhice e o envelhecimento (Woolf, 1998; Thane, 2000; Tronstam, 2006). Mantêm-se a estereotipia negativa das sociedades envelhecidas nos homens (ICL-USA, 2006), sobretudo nos engenheiros, na valorização do género masculino, pode estar associada por a engenharia ser uma profissão mais ligada ao género masculino. Possivelmente também porque as mulheres têm tendência a mascarar os efeitos físicos do envelhecimento mais do que os homens (Mercadante, 1988).

Quanto à zona de residência não ocorrem diferenças significativas. As imagens mais positivas “competência, independência e maturidade”, são tendencialmente as técnicas de serviço social, mais novas e dos médicos mais velhos, residentes em áreas rurais. Tal pode associar-se aos médicos mais velhos se encontrarem numa fase de vivência interna da velhice, daí que a compreendam melhor e/ou a influência externa positiva da sociedade, moldar a construção das imagens. Nas técnicas de serviço social, pode estar relacionada ao facto de

trabalharem com idosos mais independentes. Os profissionais com residência rural têm contacto com idosos que vivem em comunidade, onde à partida exibem sinais de envelhecimento bem sucedido.

No que respeita à experiência de trabalho com idosos, não há diferenças na amostra global, nos enfermeiros e nas técnicas de serviço social. Nos médicos observa-se que aqueles que não têm experiência de trabalho com idosos têm uma média significativamente superior nos factores “dependência, tristeza e antiquado” e “maturidade, actividade e afectividade”. Estes resultados vão de encontro a dualidade de critérios, a ambivalência e a complexidade que envolve as imagens e, consequentemente, a sua expressão (Hummert, 1990; Sousa, Cerqueira & Galante, 2002).

Em relação à experiência profissional actual com idosos não se observam diferenças significativas. A maioria dos profissionais ao longo de seu percurso pessoal e profissional já teve contacto com idosos e estas experiências influenciadas pela sociedade e cultura que moldam a expressão das imagens.

Organizaram-se, ainda, três grupos de imagens: i) incompetência, dependência e imaturidade – 43,8% dos sujeitos; ii) competência, independência e maturidade – 13,8% dos inquiridos; iii) competência, independência e maturidade moderadas – 42,1%.

Sucintamente os engenheiros apresentam imagens mais negativas, os médicos e enfermeiros imagens positivas moderadas e as técnicas de serviço social obtiveram imagens mais positivas. Inicialmente, poderia pensar-se que os médicos e enfermeiros, apesar de se orientarem a nível profissional por modelos científicos diferentes, construísem imagens diferentes, o que não aconteceu no nosso estudo. Nas técnicas de serviço social emergem estes resultados, provavelmente por estabelecerem contactos com mais idosos independentes.

A escassa formação especializada nesta área em Portugal pode ser uma das causas destas imagens ainda de cariz moderado, inconsistente e com tendência negativa. Essencialmente, seria pertinente existir formação acerca do processo de envelhecimento normal e das disfunções e patologias que podem ocorrer. Além disso, seria relevante a formação incidir sobre o desenvolvimento normal ao longo do ciclo de vida, nas múltiplas potencialidades e nos recursos das pessoas (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002; Ferreira-Alves & Novo, 2006).

Seria importante a realização de estudos longitudinais, que permitissem estudar a evolução das imagens da velhice e do envelhecimento, de forma a compreender melhor este fenómeno ao longo do tempo. Assim como a influência desta nos comportamentos e na sua reorganização em profissionais e idosos, mediando esta interacção com a combinação de vários instrumentos de análise para compreender melhor a diferenciação das imagens entre os profissionais na saúde, acção social e sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARP (American Association of Retired Persons) (2004). *Ser abuelos: las satisfacciones y los desafíos*. Washington, Dc: Impresión AARP, cadernos.

Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.

Alexander, C. & Langer, E. (1990). *Higher stages of human development*. Oxford: Oxford University Press.

Almeida, M. (1999). Crenças dos enfermeiros acerca do envelhecimento humano. *Revista Referência*, 3, 6-14.

Almeida, L S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios.

Almeida, V. (1998). Velhice: imagens (in) visíveis. *Kairós- Gerontologia*. 1(1), 51-58.

APA (American Psychological Association). Aging: Myth vs. Fact. In *Older Adults' Health and Age-Related Changes: Reality Versus Myth*. Consultado em 18 Junho de 2003, em Associação Americana de Psicologia: <http://www.apa.org/pi/aging/older/myth.html>.

Araújo, L. & Carvalho, V. (2004). *Estudo comparativo das representações sociais entre idosos de grupos de convivência*. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade.

Assis, M. (2004). Aspectos sociais do envelhecimento. In Assuero, L., Saldanha, C. & Caldas, P. (Org.), *Saúde do Idoso. A arte de cuidar* (pp.11-21). Rio de Janeiro: Interciência.

- Atchley, R. & Barusch, S. (2004). *Social Forces & Aging. An Introduction to social Gerontology*, 10 Ed, Belmont: Wadsworth/ Thomsom Learning.
- Baley, W. (1991). Knowledge, attitude and psychology development of young and old adults. *Educational Gerontology*, 17 (3), 269-274.
- Baltes, M. & Cartense, L. (1996). The process of successful aging. *Ageing and Society*, 16, 397-442.
- Baltes, P. & Smith, J. (1990). Toward a psychology of wisdom and its ontogenesis. In R. J. Sternberg (Ed.), *Wisdom: Its Nature, Origins, And Development* (pp.87-120). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-696.
- Baltes, P. (1991). The many faces of human ageing: toward a psychological culture of old age. *Psychological Medicine*, 21, 837.
- Baltes, P.; Reese, H. & Lipsitt, L. (1980). Life-span developmental psychology. In M. Rosenzweig & L. Porter (Orgs.). *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bendía, J. (1997). (Ed.) *Gerontologia y Salud: prespectivas actuales* Madrid: Biblioteca Nueva, S. L.

Bendía, J. & Riquelme, A. (1997). Personalidad, procesos cognitivos y envejecimiento. In J. Bendia. (Ed). *Gerontologia y Salud: perspectivas actuales* (pp. 77- 91). Madrid: Biblioteca Nueva, S. L.

Berg, C. & Sternberg, R. (1992). Adults' conceptions of intelligence across the adult life span. *Psychology and Aging*, 7 (2), 221-231.

Berger, L. (1995). Cuidados de enfermagem em gerontologia. In Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (Ed.), *Pessoas Idosas: Uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades* (pp. 11-19). Lisboa: Lusodidacta.

Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas: uma abordagem global: processo global de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.

Binstock , R. & George, L. (Ed). (1995). *Handbook of aging and the social science*. (4ª Ed) San Diego (CA): Academic Press.

Birren, J. & Schaie K. (1996). *Handbook of The Psychology of Aging*. San Diego: Academic Press.

Bodenhouse, G. (1990). Stereotypes as judgmental heuristics. *Psychological Science*, 1, 319-322.

Bogdan, R. C. & Bikle, S. K. (1994). *Investigação Qualitativa Em Educação*. Porto: Porto Editora.

Botelho, M. (2000). *Autonomia funcional em idosos*. Porto: Laboratórios Bial.

Braithewaite, V. (1986). Old age stereotypes: reconciling contradictions. *Journal of Gerontology*, 41, 353-60.

Brewer, M.; Dull, V. & Lui, L. (1981). Perceptions of de elderly: stereotypes and prototypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(4), 656-670.

Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.

Buhler, C. (1990). *A psicologia na vida do nosso tempo*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Butler, R. (1969). *Age-ism: another form of bigotry gerontologist*, 9(4), 243-246.

Butler, R. (1975). *Why survive? Being old in America*. New York: Harper and Row Publishers.

Butler, R. (1989). Dispelling ageism: the cross-cutting intervention. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 503, 138-147.

Cabecinhas, R. (2004). Representações sociais, relações intergrupais e cognição social. *Paideia Repositorium*, 125-137. Consultado em 22 de Abril, 2006 em: [Http://hdl.handle.net/1822/1311](http://hdl.handle.net/1822/1311).

Calasanti; T. (2005). Ageism, Gravity, and Gender: Experiences of Aging Bodies. Ageism in the New Millenium. *Generations*, 8- 12.

Calvário, A.; Brito, I. & Brito, L. (1999). Necessidades de informação, educação e apoio nos cuidados a idosos dependentes. *Revista Referência*, 3, 14-21.

Cameira, M.; Serôdio, R.; Pinto, I. & Marques, J. (2002). Efeitos implícitos da pertença e identificação grupais na discriminação social. *Análise Psicológica*, 4, 603-610. Consultado em

16 Maio 2006: [Http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312002000400005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312002000400005&lng=pt&nrm=iso)>.

Cardoso, M. & Gomes, R. (2000). Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde colectiva. *Cadernos Saúde Pública*, 16 (2), 499-506.

Carlos, S.; Maraschin, C. & Cantergi, M. (2000). O velho e a representação social da velhice. *Revista Kairós: Gerontologia*, 3(3) 35- 52.

Carvalho, J. (1999). Velhice, alteridade e preconceito: dimensões do imaginário grupal com idosos. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, (3)5, 29-40.

Carvalhais, M. D. (2006). *Relação enfermeiro-idoso: valores e crenças*. Tese de Dissertação não publicada em Geriatria e Gerontologia da Universidade de Aveiro. 138-144.

Castro, F. V.; Diaz, A. V. D. & Veja; J. L. V. (1999). Construcción psicológica da la identidad regional: tópicos y estereótipos en el processo de socialización el referente a Extremadura. Badajoz. Badajoz: Gráfica Disputación Providencial de Badajoz

Cerqueira, M. & Sousa, L. (2005). Retratos sociais da velhice. In A. M. Ferreira (Coord.), *A luz de saturno- figuras da velhice- Separata* (pp. 283-292). Aveiro: Associação Labor de Estudos Portugueses /Universidade de Aveiro.

Chaasteen, A. (1999). The role of age-related stereotypes on response initiation and execution. *Journal of General Psychology*, 2, 137-152.

Choi, N. & Dinse, S-L. (1998). Challenges and opportunities of the aging population. *Educacional Gerontology*, 25(6), 595-661.

CIE /CIN (Conselho Internacional de Enfermeiras/ International Council of Nurse) (2001). *Classificação Internacional para Prática de Enfermagem* (CIPE/ICNP-R). Lisboa: APE.

CNPEA (Canadian Network for The Prevention of Elder Abuse) (2005). *Ageism*, 1-9.
Consultado em 25 Abril de 2006. <http://www.cnpea.ca/ageismhtm>.

Coimbra, J. & Brito, I. (1999). Qualidade de vida do idoso. *Revista Referência*, 3, 29-35.

Costa, M. (2005). Cuidados de enfermagem aos idosos. Percursos de formação e investigação. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal*, (pp. 259-278). Lisboa: Climepsi.

Costa, M. (2000). *Formação e práticas geriátricas dos enfermeiros: um estudo etnográfico numa unidade de medicina*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa

Cruz, J.; Fontes, M.; Santos, J. & Bergo, M. (2003). Percepção de idosos e de profissionais de saúde sobre maus-tratos no espaço familiar. *Textos Sociais de Envelhecimento*, 6(2), 1-13.
Consultado em 25 Abril, 2006, em Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1517-59282003000200005&lng=pt&nrm=iso - 7k.

Cuddy, A. & Fiske, S. (2002). Doddering but dear: process, content and function in stereotyping of older persons. In N. Todd (Ed.), *Ageism Stereotyping and prejudice against older persons* (pp.3-26). Cambridge, Massachusetts: Bradford Book.

Cuddy, A.; Norton, M. & Fiske, S. (2005). This old stereotype: the pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, 61, (2), 267-285.

DeAngelo, L. (2000). Stereotypes and stigma: biased attributions in matching older persons with drawings of viruses? *International Journal of Aging and Human Development*, 51 (2), 143-154.

Deschamps, J. & Beauvois, J. (1996). Des attitudes aux attributions: sur la construction sociale de la réalité. *La psychologie sociale*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.

Dinis, C. (1997). *Envelhecimento e qualidade de vida no Concelho de Faro*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.

Diniz, J. (2002). Viver até ao fim. In V. Viegas (Coord.) *Cadernos da Direcção Geral de Saúde: Vinte Anos de Diagnóstico Precoce*. (pp.11-15). Lisboa: Publicação Seriada nº 1.

Diniz, M. (2003). Preconceito em relação ao idoso prejudica atendimento hospitalar. *Jornal da Paulista*, 16(179). Consultado em 14 de abril de 2005, em Unifesp de São Paulo: [Http\\www.unifesp.br/comunicação/jpta/ed179/pesquisa7.htm](http://www.unifesp.br/comunicação/jpta/ed179/pesquisa7.htm).

Domingos, A. (S/d). *Diferentes abordagens na construção dos conceitos matemáticos*, 1-14. Consultado em 15 Fevereiro 2006 em Faculdades de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa: [Http://www.apm.pt/siemxxii/difabcons.pdf](http://www.apm.pt/siemxxii/difabcons.pdf)

Dovidio, J. & Gaertner, S. (Eds) (1986). *Prejudice, discrimination and racism: theory and research*. Orlando, FL: Academic Press.

Dubar, C. (1997). *A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora.

Eck, M. (1969). *La cinquantaine*. Paris: Editions Universitaires

Ermida, J. (1999). Processo de envelhecimento. In Manual Sinais Vitais: *O idoso: problemas e realidades*, (pp.43-61). Coimbra: Formasau-Formação e Saúde.

Featherstone, M. & Hepworth, M. (1996). Images of Aging. In J. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging and the Aged* (pp. 743-745). San Diego: Academic Press.

Fernandes, A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia*, 36, 39-52. Consultado em 15 Fevereiro de 2006, http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292001000200003&lng=pt&nrm=iso>.

Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive*. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid.

Fernández-Ballesteros, R. (1998). Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos. In AMG (Dir.), *Envejecimiento y Prevención*. Barcelona: Asociación Multidisciplinaria de Gerontología.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social*, (pp. 31- 53). Madrid: Ediciones Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2002). Presentación. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Vivir con Vitalidad, Vol.I - Envejecer bien. Qué es y como lograrlo*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Ferreira, A. (1986). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Ferreira-Alves, J. & Novo, R. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 65-77. Consultado em 2 Maio de 2006, em Universidade do Minho: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4466> – 19k.

Fiske, S. (2002). What we know about bias and intergroup conflict, the problem of the century. *Current Directions In Psychological Science*, 11 (49), 123-128.

Flick, U.; Fischer, C.; Schwartz W. & Walter U. (2002). Social representations of health by health professionals: the case of general practitioners and home-care nurses. *Symposium: Social representations of health and illness*, 41 (4), 581-602.

- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- García, M. (1999). El tabú de la vejez. In S. Yubero, M. Latorre, J. Montañés & E. Larrañaga (coord.) *Envejecimiento, sociedad y salud* (pp. 149-181). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla- La Mancha.
- Garfein, A. & Herzog, A. (1995). Robust aging among the young-old, old-old, and oldest old. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50 B, S77-S87.
- Gatz, M. (1995). *Emerging Issues in Mental Health and Aging*. Washington, D. C. American Psychological Association.
- Guo, X.; Erber, J. & Szuchman, L. (1990). Age and forgetfulness: can stereotypes be modified? *Educational Gerontologist*, 25, 457-466.
- Hatch, L. R. (2005). Gender and Ageism. Ageism in the New Millennium. *Generations*, 19-24.
- Hall, M. (1997). *Cuidados médicos ao doente idoso*. Lisboa: Climepsi.
- Hamilton-Stuart, I. & Berenice, M. (2003). The effect of aging awareness training on knowledge of, and attitudes towards, older adults. *Educational Gerontology*, 29, 251-260.
- Hamilton-Stuart, I. (1998). Women's attitudes to ageing: some factors of relevance to educational gerontology. *Educational and Ageing*, 13(1), 67-87.
- Hamilton-Stuart, I. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ediciones Morata.
- Haring, M. & Farmer, R. (1992). The myths and facts of aging. In R. Schneider & N. Kropf (Ed), *Gerontological social work: knowledge, service attains and special populations* (pp. 29-67). Chicago: Nelson-Hall Publisher.

Harris, M.; Page, P., & Begay, C. (1998). Attitudes toward aging in south-western sample. *Psychological Reports*, 62 (3), 735-746.

Hausdorff, J. (1999). Positive talk about elderly can have an effect on they function. *Journal of the America Geriatrics Society*, 2, 13-28.

Hazzard, W. (1995). Weight control and exercise: cardinal features of successful preventing gerontology. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1964-1965.

Heikkinen, E.; Kuusinen, J. & Ruoppila, I. (1995). *Preparation for aging*. New York: Plenum.

Heise, D. (1987). Socialcultural determination of mental aging. In C. Schooler & W. Schaie (Eds.). *Cognitive Functioning and Social Structure Over the life Course*. New Jersey: Ablex Publishing Corporation.

HelpAge (2002). *An ageing world: Myths and Misconception*, 125-137. Consultado em 14 de Novembro de 2003. <http://www.helpeage.org/about/myths/mythsmiddle.html>

Hendrick, J.; Knox, V.; Gekoski, W. & Dyne, K. (1988). Perceived cognitive ability of young and old targets. *Canadian Journal on Aging*, 7, 192-202.

Henrard, J. (1996). Cultural problems of ageing especially regarding gender and intergenerational equity. *Society Science Medical*, 43 (5), 667-680. Consultado em 20 Agosto de 2006, [Http\|: www.elsevier.com/locate](http://www.elsevier.com/locate).

Heppner, P.P.; Kivlinghan, D. M. Jr. & Wampold, B. E. (1998). *Research Design in Counseling* (2ª Ed). California: Wadsworth Publishing Company.

Herdman, E. (2002). Challenging the discourse of nursing ageism. *Journal of Nursing Studies*, 39, 105-114. Consultado em 2 de Maio de 2006, [Http\\:www.elsevier.com/locate/ijnurstu](http://www.elsevier.com/locate/ijnurstu).

Herzog, D.; Bradburn, I. & Newman, K. (1990). Sexuality In Males With Eating Disorders. In A. Andersen (Ed.), *Males with Eating Disorders* (pp. 40-53). New: Brunner/ Mazel.

Hesse, H. (2002). *Elogio da Velhice*. Algés: Difel.

Hill, M.M, & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. (2ª Ed e 2ª Reimp) Lisboa: Edições Sílabo.

Hinchliff, P. & Hall, C. (2002). A generation in transition: older people's situation and civil society's response in East and Central Europe. London: HelpAge International.

Hummel, C. (1995). *Images de la vieillesse, représentation de l'a altérité*. Université de Genève.

Hummert, M. (1999). A social cognitive perspective on age stereotypes. In T. Hess & F. Blanchard- Fields (Eds.), *Social cognition and aging* (pp. 207-248). New York: Academic Press

Hummert, M.; Gartska, T.; Shaner, J. & Strahm S. (1994). Stereotypes of the elderly held by young, middle-age and elderly adults. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 49, 240-249.

Hummert, M.; Gartska, T. & Shaner, J. (1997). Stereotyping of older adults: the role of target facial cues and perceiver characteristics. *Psychology and Aging*, 12, 107-114.

ILC-USA (International Longevity-USA).(2006). *Ageism in America*. New York: ILC Publications; LTD.

INE (1993). *A terceira idade em Portugal*. Consultado em Janeiro de 2005. Lisboa, [Http://www.ine.pt](http://www.ine.pt)

INE (2000). *As mais idosas: um retrato final do século*. Consultado em Janeiro de 2005. Lisboa, [Http://www.ine.pt](http://www.ine.pt)

INE (2002). *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio económica recente das pessoas idosas*. Consultado em Janeiro de 2005. Lisboa, [Http://www.ine.pt](http://www.ine.pt).

Infopédia (2003-2006). Consultado em Março de 2006, em Porto Editora: <http://www.infopedia.pt/E1.jsp?id=123500>>.

Ivey, D.; Wieling, E. & Harris, S. (2000). Save the young- the elderly have lived their lives. *Family Process*. 39(2),163-175.

Izal, M. & Montoiro, I. (1999). Comportamiento y salud en la vejez. In M. Izal, I. Montoiro. *Gerontologia conductal. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación* (pp.115-137). Madrid: Síntesis.

Jackson, L. & Sullivan, L. (1988). Age stereotypes disconfirming informations and evaluations of old people. *Journal of Social Psychology*, 128(6), 721-729.

Jelenec, P. & Steffens, M., C. (2002). Implicit attitudes toward elderly women and men. *Current Research in Social Psychology*, 7, (6), 275-293. Consultado em 30 de Junho de 2006, em University of Iowa: [Http://www.uiowa.edu/~grpproc/crisp.7.16.html](http://www.uiowa.edu/~grpproc/crisp.7.16.html)

Jodelet, D. (1984). *Les représentations sociales*. Paris: Press Universitaires de France.

Jodelet, D. (2001). *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ.

Jodelet, D. (1988). La representación social: fenomenos, concepto y teoria. In: *Psicologia Social II* (S. Moscovici, org.), 2^a ed., pp. 469-494. Barcelona: Paidós.

Johnson, C. & Barer, B. (1997). *Life Beyond 85 Years. The Aura of Survivorship*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Jones, R. (2004). 'Older people' talking as if they are not older people: Positioning theory as an explanation. *Journal of Aging Studies*, 20, 79-91. Consultado em 14 de Maio, 2006, [Http://: www.Elsevier.com/locate/jaging](http://www.Elsevier.com/locate/jaging).

Jönson, H. (2005). Social democratic aging in the people's home of Sweden. *Journal of Aging Studies*, 291-308. Consultado em 14 de Maio, 2006, [Http://: www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Kane, M. (2004). Ageism and intervention: what social work students believe about treating people differently because of age. *Educacional Gerontology*, 30, 767-784. Consultado em 2 Agosto de 2006, [Http://: Taylor & Francis Inc](http://Taylor & Francis Inc).

Kart, C. & Kinney, J. (2001). *The realities of aging: an introduction to gerontology*. New York: Allyn & Bacon.

Karuse, M. (2002). Social representations of psychological problems: contents and transformations. *Social Science Information*, 41(4), 604-623.

Kiecolt-Glasser; J. K. & Glasser, R. (1999). Chronic Stress and Mortality Among Older Adults. *JAMA*, 282 (23), 2259-2260.

Kimmel, D. (1974). *Adulthood and aging: an interdisciplinary developmental View*. New York: John Wile & Sons.

Kite, M. & Johnson, B. (1988). Attitudes toward older and younger adults. *Psychology and Aging*, 3 (3), 233-244.

Kite, M. & Wagner, L. (2002). Attitudes toward older and younger adults. In T. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 129-161). Cambridge, MA: MIT.

Knox, V.; Gekoski, W. & Johnson, E. (1996). Contact with and perceptions of the elderly. *The Gerontologist*, 26, 309-313.

Koch, T. & Webb, C. (1996). The biomedical construction of ageing: implications for nursing care of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 954-959.

Krause, N. (2001). Social support. In R. Binstock & L. George (Eds.), *Handbook of Aging and the social Sciences*, 5^a. Ed, San Diego: Academic Press.

Laidlaw, K.; Thompson, L. & Dick-Siskin, L. (2004). *Cognitive behaviour therapy with older*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Lee, A.; Wong, A. & Loh, E. (2005). Score in the Palmore's Aging Quiz, knowledge of community resources and working preferences of undergraduate nursing students toward the elderly in Hong Kong. *Nurse Education Today*, 269-276. Consultado em 14 de Maio de 2006, [Http://: intl.elsevierhealth.com/journals/nedt](http://intl.elsevierhealth.com/journals/nedt).

Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder

Lehr, Ú. & Hans, T. (2003). *Psicologia de la Senectud. Processo y aprendizaje del envejecimiento* (C. Ruiz-Garuido, Trad.). Barcelona: Herder Editorial.

Lentini, D.; Scipioni, A.; Mallea, P. & Perea, M. (2004). La representación de lo femenino y lo masculino en adultos mayores. Comunicação apresentada no *Primer Encuentro de Formadores de Adultos Mayores*, 1-6, Consultado em 14 de Maio de 2006, [Http://Www.Redadultosmayores.Com.Ar/Buscador/Files/Salud080_Lentini.Pdf](http://Www.Redadultosmayores.Com.Ar/Buscador/Files/Salud080_Lentini.Pdf).

Lerner, R. & Hultsch, D. (1983). *Human Develepment, a Life-Span Prespective*. New York: Mc Graw Hill.

Levet, M. (1998). *Viver depois dos 60 anos*. Lisboa: Instituto Piaget.

Levy, B. (1996). Improving memory in old age by implicit self-stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychohlogy*, 71, 1092-1107

Levy, B. & Banaji, M. (2002) Implicit ageism. In Nelson, T. (Ed.), *Ageism Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 49- 75). Cambridge, Massachusetts: Bradford Book

Levy, B.; Slade, M.; Kunkel, S. & Kasl, S. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 2, 261- 270.

Lewis, J. & Johansen, K. (1982). Resistances to psychotherapy with the elderly. *American Journal of Psychotherapy*, 35, 497-507.

Lima, M. (1996). *Cultura, estereótipos e aprendizagem na idade adulta – estudo de uma população moçambicana*, 1-35. Consultado em 24 Abril de 2006, <http://sweet.ua.pt/~mbaptista/Cultura%20estereotipos%20e%20aprendizagem%20na%20idade%20adulta.pdf>.

Lima, M. (1997). Considerações em torno do conceito de estereotipo: uma dupla abordagem. *Revista da Universidade de Aveiro*, 14, em Universidade de Aveiro: [Http://sweet.ua.pt/mbatista/considerações%20da%20conceito%20de%20esterotipos.pdf](http://sweet.ua.pt/mbatista/considerações%20da%20conceito%20de%20esterotipos.pdf).

- Linville, P. (1982). The complexity- extremity effect and age-based stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 193-211.
- Loewy, R. (2005) Ageisms. *Health Care Analysis*, 13 (2), 147-156.
- Lott, B. & Maluso, D. (1995). *The Social Psychology of Interpersonal Discrimination*. New York: The Guilford Press.
- Lourenço, O. (1997). *Psicologia de desenvolvimento cognitivo*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Lutsky N. (1980). Attitudes toward old age and elderly persons. In C. Eisdorfer (Ed), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (pp. 287-336). New York: Springer.
- Madeira, M. (1999). Condicionantes sociológicas na integração do idoso em lares da 3ª idade. *Revista Referência*, 3, 23-27 .
- Maia, L. (Coord.) (2002). *Dicionário de Sociologia. Dicionários Temáticos*. Porto: Porto Editora.
- Marconi, M. de A. & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica* (5ª Ed). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística. Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, R. (2004). Escolas Superiores de Enfermagem: que contributos face ao desafio do envelhecimento? *Revista Millenium*, Ano 8, (30), 211-219. Consultado em 24 Março de 2005, em Instituto Politécnico de Viseu: [Http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/default.htm](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/default.htm).
- Martins, R. & Rodrigues, M. (2004). Estereótipos sobre os idosos: uma representação social gerontofóbica. *Revista Millenium*, 29, 249-254. Consultado em 24 Março de 2005, em Instituto Politécnico de Viseu: [Http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/32.pdf](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/32.pdf)

Matcha, D. (1997). *The sociology of aging: a social problems perspective*. Boston: Allyn and Bacon.

Matheson, D.; Collins, C. & Kuehne, V. (2000). Older adult's multiple stereotypes of young adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 51(4), 245-257.

McConatha, J.; Hayta, V.; Riese-Danner, L.; McConatha, D. & Polat, T. (2004). Turkish and U.S. attitudes toward aging. *Educational Gerontology*, 30, 169-183. Consultado em 24 Maio de 2006, [Http://: www. Taylor & Francis Inc.](http://www.taylorandfrancis.com)

McInnes, L & Rabbit, P. (1997). Envejecimiento, salud y funciones cognitivas. In J.Bendia (Ed), *Gerontología y salud: Prespectivas actuales* (pp. 95-114). Madrid

Melero, M. & Buz, D. (2002). Modificación de los estereotipos sobre los mayores: análisis del cambio de actitudes. *Imerso, Estudios I+D+I*, 9, 65-77. Consultado em 2 Maio de 2006, [Http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/imerso-estudiosidi-09.pdf](http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/imerso-estudiosidi-09.pdf)>

Mercadante, E. (1998). A identidade e a subjectividade do idoso. *Kairós Gerontologia*, 1(1), 59-67.

Millar, P.; Millar, D.; McKibbin, E. & Pettys, G. (1999). Stereotypes of the elderly in magazine advertisements 1956-1996. *International Journal of Aging and Human Development*, 49 (4), 319-337.

Minichiello, V.; Browne, J. & Kending, H. (2000). Perceptions and consequences of ageism: views of older people. *Cambridge University Press*, 20, 253-278. Consultado em 24 Abril de 2006,

[Http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FASO%2FASO20_03%2FS0144686X99007710a.pdf&code=8ae53df0606a1cc46798fcc5c0bfb3b2](http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FASO%2FASO20_03%2FS0144686X99007710a.pdf&code=8ae53df0606a1cc46798fcc5c0bfb3b2)

Moliner, P. (1996). *Images et représentations sociales*. Presses Univesitaires de Grenoble.

Moniz-Joyce, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: Asa Editores.

Monteiro, P. P. (2000) Envelhecimento: rumo ao novo paradigma. *Kairós*, 3(3), 53-61.

Montorio, I. & Izal, M. (1999). *Gerontología conductal. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Editorial Síntesis.

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athena Digital*, 2 (pp.1-25), Consultado em 23 de Agosto de 2006 em Universidad de Guadalajara. Mexico: <http://Blues.uab.es/atnenea/num2/Mora.pdf>

Moragas, R. (1998). *Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Editorial Herder.

Moscovici, S. (1961). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Moscovici, S. (1981). On social representations. In J. Forgas (Org.), *Social Cognition. Perspectives on everyday understanding* (pp.181-209). New York: Academic Press.

Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 211-250.

Moscovici, S. (2000). *Social representations. Explorations in Social Psychology*. Cambridge: Polity Press.

Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes.

Narro, Narciso S.; Herrera R. R. & Maceira A. D. (1996). *Tratado de Psicogerontología*. Valencia: Promolibro. Col. Psicogerontologia.

Nelson, T. (2002). *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. New Baskerville: Graphic Composition.

Neri, A. L. (1995). *Psicología do Envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida*. A., L., Neri, (Org.). São Paulo: Papirus Editora

Neri, A. & Freire, S. (2000). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus Editora.

Neto, F. (1994). Estereótipos etários: Abordagem intercultural. *Psychologia*. 8, 81-94.

Neto, F.; Raveau, F. & Chiche, J. (1989). Vieillesse et représentations. *Cahiers d'Anthropologie et Biométrie Humaine*. 3-4, 209-228.

Netto, M. (1996). *Gerontologia e o problema do envelhecimento: Visão Histórica*. São Paulo: Atheneu.

Netz, Y. & Ben-Sira, D. (1993). Attitudes of young people, adults and older adults from three generation families toward the concepts “ideal person”, “youth” and “old person”. *Educational Gerontology*, 19, 607-621.

Neugarten, B. & Weinstein, K. (1968). The changing American grandparent. In B. Neugarten (ed), *Middle age and aging*. London: University of Chicago Press.

Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona: Editorial Herder.

Nosek, B.; Banaji, M. & Greenwald, A. (2002). Harvesting implicit group attitudes and beliefs from a demonstration web site. *Group Dynamics*, 6, 101-115.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2001). *Salud y envejecimiento. Un documento para el debate*. Madrid: IMERSO.

ONU (Organizações das Nações Unidas) (1999). Direitos Humanos e Serviço Social. Manual para Escolas e Profissionais de Serviço Social. *Série de Formação Profissional*, 1, 73-77.

Consultado em 2 Maio de 2006,

[Http://www.fd.uc.pt/hrc/enciclopedia/manuais/dh_servicosocialpdf](http://www.fd.uc.pt/hrc/enciclopedia/manuais/dh_servicosocialpdf).

Palmore, E. (1988). *The Facts on aging Quiz: a Handbook of Uses and Results*. New York: Springer Publishing Company.

Palmore, E. (2001). The Ageism Survey: First findings. *The Gerontologist*, 41, 337-355.

Palmore, E. (2004). Research note: Ageism in Canada And United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 19, 41-46.

Palmore, E. (1999). *Ageism. Negative and Positive*. New York: Springer Publishing Company.

Papalia E.; Sterns, H. & Feldman, R. (2002). *Adult Development and Aging* (Ed), New York: McGraw -Hill Higher Education.

Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pennebaker, J. & Stone, L. (2003). Words of Wisdom: language use over the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, (2), 291-301.

Perdue, C. ; & Gurtman, M. (1990). Evidence for automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 199-216.

Pereira, A. (2004). *SPSS. Guia prático de utilização. Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. (5ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pereira, A. (2004). *Como escrever uma Tese. Monografia ou livro científico: usando o Word* (3ª Ed). Lisboa: Edições Sílabo.

Perlmutter, M. & Hall, E. (1985). *Adult Development and Aging*. New York: John Willey & Sons.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para as ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto Editora.

Polit, D. & Hunger, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Priberam (2006). *Dicionários online*. Consultado em 28 de Janeiro de 2006, [Http://Www.Priberam.Pt/Dlpo/Definir_Resultados.aspx](http://Www.Priberam.Pt/Dlpo/Definir_Resultados.aspx) .

QGDF (Queensland Government, Department of Families). (2002). *Ageing: Myth & Reality*. Austrália. 1-50. Consultado em Março, 2004, [Http://www.comunities.qld.gov.au/seniors/publications/documents/pdf/ageing_myth_reality.pdf](http://www.comunities.qld.gov.au/seniors/publications/documents/pdf/ageing_myth_reality.pdf).

Rebellato, J. & Morelli, J. (2004). *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. Brasil: Editora Manole.

Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.

Revenson, T. (1989). Compassionate stereotyping of elderly patients by physicians. *Psychology and Aging*, 4, 230-234.

Robert, L. (1995). *O envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget.

Robinson, S. B. & Rosher, R. B. (2001). Effect of the “half-full aging simulation” experience on medical student’s attitudes. *Gerontology and Geriatrics Education*, 21(3), 3-12.

Rodrigues, M. (2003). As novas imagens do idoso veiculado pela mídia: transformando o envelhecimento em um novo mercado de consumo. *Revista da UFG*, 5 (2), 1-5. Consultado em 19 Fevereiro, 2006, [Http://www.proec.efg.br/br/revista_ufg/idoso/imagens%20.html](http://www.proec.efg.br/br/revista_ufg/idoso/imagens%20.html)

Rodríguez , J. (2000). Vejez y sociedad: dimensiones psicossociales. In R. Fernández-Ballesteros, *Gerontologia Social* (pp. 229- 239). Madrid: Edições Pirámide.

Rothbaum, F. (1983). Aging and age stereotypes. *Social Cognition*, 2 (2), 171-184.

Rowe, J. & Kahn, R. (1998). *Successful Aging*. Nova York: Pantheon Books.

Rowe, J. (1985). Health care of the elderly. *English Journal of Medicine*, 312, 827-835.

Rowe, J. & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.

Rowe, J. & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.

Rup, D.; Vodanovich, S. & Credé, M. (2005). The multidimensional mature of ageism. *The Journal of Social Psychology*, 145 (3), 335-362.

Salgado, C. (2000). *Gerontología Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Salthouse, T. A. (1991). *Theoretical perspective on cognitive aging*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Santos, A. (2002). *O imaginário do envelhecer desprendendo mitos, preconceitos e ideias errôneas*. Bahia: Ministério da Saúde do Brasil.

Santos, P. (2000). *A Depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sawchuck, K. (1995). From gloom to boom: age, identity and target marketing. In M. Featherstone (Ed.), *Images of aging: cultural representations of later life*. London: Routledge (pp.173-187).

Saxo, S. & Etten, M. (1987). *Physical change and aging: a guide for helping professions*, 2^a Ed, New York: Tiresias Press.

Schaie, K. & Hendricks, J. (2000). *The evolution of the aging self: the societal impact on the aging process*. Broadway: Springer Publishing Company.

Scharf, T.; Phillipson, C. & Smith, A. (2001). Social Exclusion and Older People: exploring the connections. *Education and Ageing*, 6 (3), 303- 320.

Schmidt, D. & Boland, S. (1986). Structure of perceptions of older adults. *Psychology and Aging*, 1(3), 255-260.

Schulz, R. & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702-714.

Schweigert, W. A. (1998). *A Handbook. Research Methods In Psychology*. California:

Servais, P. (2000). Imágenes de la vejez y del anciano In S. Biosca (Coord.), *Mayores y Família* (pp. 43- 47). Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

Sheets, D. J. (2005). Aging with Disabilities: Ageism and More. Ageism in the New Millennium. *Generations*, 37-41.

Silva, A. (2003). *Formação, Percurso e Identidades*. Coimbra: Quarteto Editora.

Silva, I. & Günther, I. (2000). Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (1), 31-40.

Silva, L. (1999). Saúde das mulheres. O género, determinante cultural de saúde. *Revista de Epidemiologia*, 13 (5), 31-34.

Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada. Uma perspectiva abrangente. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 137-176). Lisboa: Climepsi.

Simões, A (1985). Estereótipos relacionados com os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 19 (2), 207-235.

Simões, A. (1982). Aspectos de Gerontologia. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 16, 39-92.

Simões, A. (1990). Alguns mitos respeitantes ao idoso. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 24 (1), 109-121.

Simões, A. (2001). O bem-estar subjectivo dos idosos: factores sociodemográficos e de personalidade. In A. Simões, A. Oliveira, C. Vieira, L. Alcoforado, M. Lima, & M. Gaspar. (Org.), *Modelos e práticas em educação de adultos – Actas das III Jornadas NAPFA* (pp. 301-320). Coimbra: Ediliber Editora de Publicações.

Simões, A. (2006). *A nova velhice. Um novo público a educar*. Porto: AMBAR.

Siqueira, R.; Botelho, M. & Coelho, F. (2002). A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Cadernos de Saúde Colectiva*, 7 (4), 899-906. Consultado em 8 de Dezembro de 2005, [Http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000400021&scrip=sci_arttext...](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000400021&scrip=sci_arttext...)

Slevin, O. (1991). Ageist attitudes among young adults: implications for caring profession. *Journal of Advance Nursing*, 16, 1197-1205.

Slotterback, C. & Saarnio, D. (1996). Attitudes toward the elderly reported by young adults.. *Psychology and Aging*, 11, 563-571.

Sousa, L. & Figueiredo, D. (2003). (In)dependência na população idosa: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Psychologia*, 33, 109 -122.

Sousa, L. (2005). Impacto das Imagens da velhice na qualidade de vida e bem-estar dos idosos. *SIIC*, 1-12. Consultado em 24 Maio de 2006,
[Hpp://www.siicsalud.com/dato/dat048/06511000.htm](http://www.siicsalud.com/dato/dat048/06511000.htm)

Sousa, L. Cerqueira, M. & Galante, H. (2004). Age variations in the perceptions of how to age successfully: an exploratory study in the Portuguese population. *Reviews of Clinical Gerontology*, 14: 327-335.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família*. Porto: Ambar.

Spar, J. & La Rue, A. (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi.

Teixeira, M. (2002). Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde. *Psicologia: Teoria a Prática*, 7, 125-142.

Thane, P. (2000). An untiring zest for life: images and self-images of old women in England. *Journal of Family History*, 25 (2), 235-247.

Tornstam, L. (2006). The Complexity of Ageism: A Proposed Typology. *International Journal of Ageing and Later Life*, 1, 43-68.

Treas, J. & Passuth, P. (1988). Age, aging and the aged- the tree sociologies. In E. Borgatta & K. Cook (Ed.), *The future of Sociology* (pp. 394-417). London: Sage Publications.

Twycross, R. (2001). *Cuidados paliativos*. Lisboa: Climepsi.

Vala, J. (1993). As representações sociais no quadro dos paradigmas e metáforas da psicologia social. *Análise Social*, 28, 887-919.

Vala, J. (2000). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In J. Vala & M. Monteiro (Orgs.), *Psicologia social* (pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vanbeselaer, N. (1993). Ingroup bias the minimal group situation: An experimental test of the inequity prevention hypothesis. *Basic and applied Social Psychology*, 14, 385-40.

Vega, J. & Bueno, B. (1995). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.

Veloso, E. (2004). Políticas e contextos educativos para os idosos: um estudo sociológico. Uma Universidade da terceira idade em Portugal. *Repositorium*, 14-40. Consultado em 23 de Agosto de 2006, em Universidade do Minho: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/908>.

Veloz, M.; Nascimento-Schulze, M. & Camargo, B. (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia. Reflexão e Crítica* 12 (2), 1-19. Consultado em 12 de Dezembro de 2004, [Http://: www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php).

Villafañe, J. (1987). *Introducción a la teoría de la imagen*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Villar, F. (1995). Percepción de patrones de envejecimiento: unidireccionalidad o multidireccionalidad? *Anuario de Psicología*, 66, 65-81.

Vinner, S. (1983). Concept definition, concept image and the notion of function. *International Journal of Education in Science and Technology*, 14, 293-305.

Vinner, S. (1991). The role of definitions in the teaching and learning of mathematics. In D. Tall (Ed.), *Advances Mathematical Thinking* (pp. 65-81). Dordrecht: Kluwer.

von Hippel, W.; Silver, L. & Lynch, M. (2000). Stereotyping against your will: The role of inhibitory ability in stereotyping and prejudice among the elderly. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 523.

Walsh, F. (1989). The family in later life . In Carter B.; McGoldrick, M. (Eds.), *The changing family life cycle* (pp. 311-334). Boston: Allyn & Bacon.

Ward, C.; Duquin, M. & Streetman, H. (1998). Effects of intergenerational massage ion the future caregivers' attitudes toward aging the elderly, and caring for the elderly. *Educational Gerontology*, 24, 35-46.

Ward, R; La Gory, M. & Sherman, S. (1988). *The environment for aging*. Tuscaloosa. Alabama: University of Alabama Press.

WHO/HSC/AHE (World Health Organization) (1999). *Ageing: Exploding the myths*. Ageing and Health Programme. Consultado em 4 Abril de 2006, [Http://www.who.int/docstore/world-health-day/en/documents1999/WHD99_E_all.pdf](http://www.who.int/docstore/world-health-day/en/documents1999/WHD99_E_all.pdf)

WHO/NMH/NPH (World Health Organization). (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva. Consultado em 4 Abril de 2006, [Http://www.euro.who.int/document/hea/eactagepolframe.pdf](http://www.euro.who.int/document/hea/eactagepolframe.pdf).

Wikipedia, the free encyclopeda. (2006). Consultado em 25 Abril de 2006, [Http://En.Wikipedia.Org](http://En.Wikipedia.Org)

Woolf, L. (1998). Effects of age and gender on perceptions of younger and older adults. In L. M. Woolf. Ageism (pp. 1-6) Consultado em 25 Abril de 2006, <http://www.webster.edu/~woolfm/ageismlist.html>.

Yagoda, L. (2004). Case management with older adults: A social work perspective. Angig Practiceupdate, NASW (National Association of Social Workers), 1-3. Consultado em 23 Agosto de 2006, <Http://www.socialworkers.org>

Yubero, S. & Larrañaga, E. (1999). La imagen social del anciano. In S.Yubero, J. Latorre, J. Montañés & E. Larrañaga (coord.) Envejecimiento, sociedade y salud (pp. 59-81). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla- La Mancha.

Zaslavsky, C. (2002). Idoso. Doença cardíaca e comorbidades. Arquivos Brasileiros Cardiologia, 79, 1-11 Consultado em 8 Dezembro de 2005, Http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0066-782X2002001500011

Zimerman, G. (2000). Velhice aspectos psicossociais. Porto Alegre: Artmed Editora.

ANEXOS



O envelhecimento populacional é um dos fenómenos mais importantes da actualidade. Assim torna-se fundamental estudar as imagens sociais da velhice e do processo de envelhecimento, uma vez que influenciam o bem-estar dos idosos, a prestação de serviços a esta população e a forma como os não idosos percebem e preparam a sua futura velhice.

Para tal, pedimos-lhe que responda a este pequeno questionário, que demora 5 a 10 minutos a ser preenchido. Sublinhamos que **não há respostas certas nem erradas, o importante é a sua opinião**.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Este questionário é confidencial. No entanto, indique-nos, por favor:

Idade: _____ Anos

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

Zona de Residência: Rural ☐ Urbana ☐ Profissão: _____

Há quantos anos exerce a sua profissão? _____ Anos

Tem experiência profissional de trabalho com idosos? Sim ☐ Não ☐

Se respondeu Sim indique se neste momento trabalha na área da velhice e/ou envelhecimento?

Sim ☐ Não ☐

No total da sua vida profissional quantos anos trabalhou na área da velhice e/ou envelhecimento? _____ Anos

**ESCALA DE IMAGENS DA VELHICE (Sousa, Cerqueira e Galante, 2004)**

Por favor, responda às questões utilizando a grelha seguinte. Coloque um **(X)** no número que corresponde à sua opinião.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

		1	2	3	4	5
1	Uma pessoa velha não cuida do seu aspecto físico					
2	A velhice pode ser boa ou má, dependendo dos que nos rodeiam (amigos, família)					
3	Uma pessoa velha é triste e amargurada					
4	A velhice é uma fase da vida especialmente difícil (aproximação da morte, doenças, solidão, ...)					
5	Uma pessoa velha tem menos responsabilidades e obrigações					
6	Uma pessoa velha vive das suas recordações (repete sempre as histórias do passado)					
7	Uma pessoa velha sente muitas dores físicas					
8	Uma pessoa velha geralmente é pobre					
9	Uma pessoa velha tem um discurso incoerente					
10	Uma pessoa velha não admite os seus erros					
11	Uma pessoa velha sente menos as emoções (alegria, tristeza, ansiedade, amor, ...)					
12	Uma pessoa velha é doente (tem pouca saúde física e psicológica)					
13	A velhice é uma segunda infância					
14	Uma pessoa velha não reconhece que precisa de ajuda					
15	Uma pessoa velha é egoísta					
16	Uma pessoa velha tem pouca criatividade					
17	As pessoas velhas são todas iguais					
18	Uma pessoa velha não domina as novas tecnologias					
19	A velhice é a fase da deterioração das capacidades físicas					
20	Uma pessoa velha tem conhecimentos que já não interessam aos outros					
21	Uma pessoa velha precisa de muito descanso					
22	Uma pessoa velha precisa que tenham paciência com ela					
23	Uma pessoa velha já deu o seu contributo (bom ou mau) ao mundo					
24	Uma pessoa velha sente- se bonita					
25	Uma pessoa velha é inútil, parada e preguiçosa					
26	Uma pessoa velha tem vontade de viver					
27	A velhice é um a fase da vida especialmente boa (mais maturidade, tempo para desfrutar a alegria e a felicidade)					
28	Uma pessoa velha é um a pessoa amorosa e carinhosa					
29	Uma pessoa velha continua a ter uma vida normal					
30	Uma pessoa velha é dependente e por isso precisa da ajuda dos outros					
31	Uma pessoa velha é aborrecida, rabugenta, teimosa					
32	Uma pessoa velha é activa e esforça – se por assim continuar					